

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Unidad Docente No Departamentaria de Psicología Patológica



TESIS DOCTORAL

**Learned helplessness : un acercamiento experimental al
estudio de la depresión : [tesis doctoral]**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José María, Buceta

Madrid, 2015

José María Buceta Fernández

TP

1982

050



* 5 3 0 9 8 5 8 0 1 4 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

X-52-229276-8

LEARNED HELPLESSNESS: UN ACERCAMIENTO EXPERIMENTAL
AL ESTUDIO DE LA DEPRESION



ARCHIVO

Unidad Docente No Departamentaria de Psicología Patológica
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
1982

© José María Buceta Fernández
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1981
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-36679-1981



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

"LEARNED HELPLESSNESS :

UN ACERCAMIENTO EXPERIMENTAL

AL ESTUDIO DE LA DEPRESION"

TESIS DOCTORAL PRESENTADA EN LA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS
DE LA EDUCACION (PSICOLOGIA)

Autor; D. José M^e BUCETA FERNÁNDEZ

Director; Dr. D. Aquilino POLAINO LORENTE

Madrid, Abril de 1.981

A mi madre

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer la inestimable -
orientación, dirección y crítica constructiva del -
Dr. POLAINO, que me animó a trabajar en este tema, y -
me ayudó en todo momento a superar las dificultades -
que fueron presentándose.

En segundo lugar, mi agradecimiento va dirigido a
PILAR PARRON, que trabajó incansable y abnegadamente -
en la elaboración, desarrollo y corrección de las -
pruebas, así como en la confección final de la tesis.

Me gustaría agradecer también a la Dra. GARCIA AL
CAÑIZ y al Dr. MUÑIZ su desinteresado y eficaz asesora
miento en el tratamiento estadístico de los datos, y -
las facilidades que me dieron para poder acceder al --
centro de cálculo de la Universidad Complutense.

Asimismo, debo recordar la importante labor desar
rollada por mi hermano LUIS en la creación de las "so--
pas de letras", y la colaboración de ANTONIO PARRON co
mo diseñador del dibujo de los errores.

- IV -

Tampoco quiero olvidar el interés mostrado por los compañeros que actuaron como jueces en las ocasiones - que fue necesario, ni la ayuda silenciosa de muchas - - otras personas que me brindaron su tiempo y su atención, y sin las cuales, no hubiese sido posible la realiza- - ción del trabajo.

Por último, quiero agradecer su colaboración a todos los alumnos que participaron voluntariamente como - sujetos experimentales, y a los profesores y amigos que me pusieron en contacto con ellos, y en todo momento - facilitaron el camino.

INDICE

PAG.

<u>INTRODUCCION.....</u>	1
--------------------------	---

1ª PARTE: PLANTEAMIENTO TEORICO

<u>Capítulo 1: BREVE RECUERDO HISTORICO DEL</u> <u>PARADIGMA CLINICO.....</u>	10
--	----

<u>Capítulo 2: CONTROLABILIDAD Y PREDICTIBILIDAD: SUPUESTOS TEORICOS DE LA PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE Y DATOS EXPERIMENTALES.....</u>	24
- Teorías conductuales.....	25
- Teorías cognitivas.....	33
- Controlabilidad y predictibilidad.....	38

<u>Capítulo 3: "LEARNED HELPLESSNESS": UNA -</u> <u>ALTERNATIVA EXPERIMENTAL A LOS ANTERIORES MODELOS.....</u>	51
- Explicación del modelo.....	52
- El desvalimiento aprendido como modelo de depresión.....	59
- Consideraciones respecto al - - "learned helplessness".....	73

	pag.
<u>Capítulo 4: APROXIMACION SOCIAL AL ORIGEN</u>	
<u>DE LA DEPRESION.....:</u>	94
- Agentes provocadores.....	96
- Clase social, agentes provocado	
res y depresión.....	101
- Factores que crean vulnerabili-	
dad.....	108
- Conclusiones de esta aproxima--	
ción.....	117
 <u>Capítulo 5: REFORMULACION DE LA TEORIA --</u>	
<u>DEL "LEARNED HELPLESSNESS".....</u>	122
- La hipótesis de las atribucio--	
nes.....	124
- Consistencia de la reformula- -	
ción con la evidencia experimen	
tal del "learned helplessness"	
en humanos.....	138
- Implicaciones del modelo refor-	
mulado en el modelo de depre- -	
sión del desvalimiento aprendi-	
do.....	144
- Vulnerabilidad, terapia y pre--	
vención.....	152
 <u>Capítulo 6: ALGUNAS PUNTUALIZACIONES CRI-</u>	
<u>TICAS AL MODELO DEL DESVALIMIENTO - -</u>	
<u>APRENDIDO.....</u>	164

2ª PARTE: PLANTEAMIENTO EXPERIMENTAL

	pag.
<u>Capítulo 7: HIPOTESIS GENERALES.....</u>	208
<u>Capítulo 8: PROCEDIMIENTO GENERAL.....</u>	228
<u>Capítulo 9: PRUEBAS GENERALES.....</u>	237
- Cuestionario de circunstancias so- ciales, facilitadoras de la Depre- sión.....	238
- Inventario de Depresión de Beck..	248
- Escala de Asertividad de Rathus..	246
- Cuestionario MAE de Pelechano....	248
<u>Capítulo 10: EXPERIMENTO 1.....</u>	256
- Introducción e hipótesis específi- cas.....	257
- Método.....	259
- Resultados.....	270
- Discusión.....	280
<u>Capítulo 11: EXPERIMENTO 2.....</u>	287
- Introducción e hipótesis específi- cas.....	288
- Método.....	302
- Resultados.....	333
- Discusión.....	424

- VIII -

	Pag.
<u>Capítulo 12: EXPERIMENTO 3</u>	437
- Introducción e hipótesis especifi--	
cas.....	438
- Parte A.....	443
.Método.....	444
.Resultados.....	454
- Parte B.....	464
.Método.....	465
.Resultados.....	477
- Discusión.....	498
<u>Capítulo 13: EXPERIMENTO 4</u>	502
- Introducción e hipótesis especifi--	
cas.....	503
- Método.....	505
- Resultados.....	507
- Discusión.....	511
<u>Capítulo 14: CONCLUSIONES GENERALES</u>	514
 <u>3ª PARTE: APENDICE</u>	
Pruebas generales.....	533
Pruebas específicas del experimento 1....	562
Pruebas específicas del experimento 2....	569
Pruebas específicas del experimento 3....	655
 <u>4ª PARTE: BIBLIOGRAFIA</u>	663

INTRODUCCION

La teoría del "learned helplessness" dio sus primeros pasos a mediados de los años sesenta, con la realización de los primeros experimentos con perros y ratas. Ya en la década de los setenta se comenzó a experimentar con humanos, y hasta nuestros días ha ido adquiriendo interés e importancia en el contexto experimental y clínico, siendo muchos los autores que han investigado y publicado artículos sobre el tema. En este momento se puede decir que cualquier buen manual de "Abnormal Psychology" o "Affective disorders" incluye dentro del apartado dedicado a la depresión, este modelo del "learned helplessness" (en castellano "Desvalimiento aprendido") que se basa tanto en las leyes del aprendizaje como en la psicología cognitiva.

El principal propulsor de esta teoría es el Doctor en Psicología Martin Seligman, actualmente profesor de Psicología en la Universidad de Pensilvania y psicólogo clínico en activo, que a lo largo de estos años ha trabajado intensamente en esta parcela rodeado de distintos colaboradores.

El desvalimiento aprendido surgió como consecuencia de diversos estudios con animales que tenían como objetivo medir ciertos aspectos de las teorías sobre el aprendizaje. (Overmier y Seligman, 1967) y su contenido fue plasmándose paulatinamente a través de diversos artículos que recogían datos obtenidos en distintas situaciones experimentales, hasta que Seligman - - (1975) en su libro "Helplessness" expuso con amplitud la teoría, y la propuso como un posible modelo de la depresión.

A partir de este momento comenzaron a aparecer numerosos estudios sobre el tema, con resultados diversos respecto a la comprobación de la hipótesis propuesta y también diversas críticas que pusieron de relieve algunos puntos, al parecer no explicados con la suficiente claridad, así como la existencia de ciertas deficiencias de tipo metodológico en los experimentos realizados.

Los propios impulsores de la teoría se dieron cuenta de que resultaba incompleta, y así tres años más tarde, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) propusieron una reformulación de la misma, en un intento de cubrir las lagunas de la que a partir de este momento llamaron antigua hipótesis, y por lo tanto de dotar al modelo de una mayor consistencia.

Posteriormente, y hasta el momento de elaborar este trabajo, han ido apareciendo críticas de distintos autores, que invitan tanto a la reflexión teórica sobre cada una de las características del modelo, como a la investigación experimental que pueda servir para aportar una evidencia empírica en este sentido.

En líneas generales, el desvalimiento aprendido -- consiste en la percepción de una falta de control sobre los eventos o consecuencias, o lo que es lo mismo, la creencia de un sujeto de que un evento determinado, no puede ser controlado por ninguna de las respuestas que tiene en su repertorio.

Esta situación, presenta según los investigadores de la teoría, una serie de similitudes con algunos tipos de depresión, tales como la lentitud en iniciar respuestas voluntarias, la creencia de impotencia, etc, -

que invitan a pensar que el "learned helplessness" puede ser un modelo que se identifique con un tipo de depresión que comienza con una pérdida de control sobre los eventos o consecuencias ambientales, y que se caracteriza por la aparición de unos déficits motivacionales, cognitivos, emocionales o afectivos y de auto-estima que son propios del desvalimiento aprendido.

El presente trabajo supone un intento de rechazar o confirmar dentro de nuestras limitaciones, las principales hipótesis del modelo "learned helplessness", así como las que se refieren a éste como modelo de depresión.

La primera parte consta de un planteamiento teórico en el que antes de centrarnos en el desvalimiento aprendido repasamos brevemente el paradigma clínico, y las teorías conductuales y cognitivas sobre la depresión.

Posteriormente, una vez expuesto el modelo que nos ocupa y planteadas diversas consideraciones respecto al mismo, dedicamos un capítulo al posible origen social de la depresión, y a continuación damos paso a la exposición de la reformulación de la teoría. Por último, comentamos extensamente algunas puntualizaciones críticas al modelo, a las que añadimos dentro del mismo capítulo y como punto final a esta primera parte, una discusión en la que analizamos la situación en que se encuentra cada apartado del tema, y explicamos a grandes rasgos

la línea que seguiremos en la investigación empírica -- del trabajo.

La segunda parte de nuestro estudio queda definida por un planteamiento experimental, cuyo objetivo central es la obtención de datos que rechacen o confirmen las hipótesis del modelo.

En primer lugar, dedicamos un capítulo a exponer -- detalladamente las hipótesis generales de la investigación, y a continuación, también con amplitud, explicamos el procedimiento experimental que hemos utilizado y las pruebas que han realizado todos los sujetos experimentales, que por este motivo denominamos en su momento "pruebas generales".

En segundo lugar, e inmediatamente después de los tres capítulos anteriores, planteamos uno a uno los -- cuatro experimentos que hemos desarrollado, y que constituyen la aportación empírica del trabajo.

En tercer lugar, y como colofón a esta segunda parte, incluimos las conclusiones finales de la investigación, en las que comentamos abiertamente los resultados obtenidos en los experimentos, y su hasta cierto punto afirmación o negación de las hipótesis generales correspondientes.

La tercera parte consta del apéndice del trabajo, y en él insertamos todas las pruebas utilizadas, así como la clave de corrección y otros aspectos que consideramos de interés en cada una de ellas.

Finalmente, concluimos esta tesis doctoral aportando una extensa bibliografía sobre el "learned helplessness" y la depresión, en la que también van incluidos aquellos libros y artículos que por referirse a temas próximos, hemos consultado a lo largo del trabajo.

La novedad de la teoría y su desconocimiento general en España han supuesto que nos hayamos encontrado con algunas dificultades como la falta total de bibliografía en lengua castellana, y la casi total ausencia de libros y artículos en versión original en nuestras bibliotecas. Un dato a tener en cuenta es que en el momento de redactar las últimas líneas de este trabajo, todavía no ha aparecido la traducción al castellano del libro de Seligman (1975) "Helplessness", cuando hace ya

tres años que se reformuló la teoría, y podríamos añadir que entre un gran número de profesores universitarios - de Psicología con los que hemos conversado, hemos encontrado un desconocimiento total sobre la existencia - de este modelo.

Otra dificultad a tener en cuenta es la escasez de medios en que nos hemos movido al realizar nuestros experimentos, que han motivado que hayamos tenido que adecuarnos a trabajar en unas condiciones que probablemente podrían mejorarse en otras circunstancias, con el -- consiguiente incremento del valor de la investigación.

Así pues, hemos elegido un tema novedoso en nuestro país y en general en el mundo entero, y por lo tanto necesitado de muchos experimentos que vayan clarificando empíricamente los postulados que lo sostienen.

Esperemos que nuestro intento pueda servir al menos para que vaya conociéndose, y surjan nuevas investigaciones que superando las posibles deficiencias que - aquí se presentan, aporten nuevos hallazgos que vayan - eliminando las distintas controversias que plantea el - modelo.

NOTAS

ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. y TEASDALE, J.D. (1978).

"Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1 - 49-74.

OVERMIER, J.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1967). "Effects of - Inescapable Shock Upon Subsequent Escape and Avoidance Learning". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 23-33.

SELIGMAN, M.E.P.(1975): "Helplessness: On Depression, - Developmente, and Death". San Francisco: Freeman.

PRIMERA PARTE

PLANTEAMIENTO

TEORICO

CAPITULO 1

BREVE RECUERDO HISTORICO DEL
PARADIGMA CLINICO

En el siglo IV antes de Cristo el pensador griego Hipócrates describió una tipología basada en la existencia de cuatro humores fundamentales. Uno de éstos - lo constituía la bilis negra, cuyo predominio marcaba una cierta tendencia a la melancolía. Algún tiempo después, en el siglo II de nuestra era el físico Artaeus sugirió que había una relación entre la melancolía y su aparente estado emocional opuesto, que ahora es denominado manía (Davison y Neale, 1978).

Ya en el siglo pasado el psiquiatra alemán Kraepelin (1883) desarrolló la primera clasificación sistemática de las enfermedades mentales. En su intento el autor dividió las psicosis en dos tipos. El primero se refiere a la esquizofrenia y el segundo a la enfermedad maniaco-depresiva.

Hoy en día es más que probable que la mayoría de nosotros tengamos momentos de tristeza en más de una ocasión, aunque no con el nivel de gravedad ni la frecuencia necesarias como para identificarlos como depresión. No obstante, algunos autores como Woodruff, Goodwin y Guze (1974) han estimado que el 5% de los varones y el 10% de las mujeres son depresivos al menos una vez en la vida.

La depresión ha sido estudiada desde diversas perspectivas, si bien Robins y Guze (1970) señalan que existe un cierto acuerdo respecto a las señales y síntomas más comunes de la misma. Son los siguientes:

- Estado de ánimo, triste y apático (disforia).
- Auto-concepto negativo.
- Deseo de ocultarse, de estar lejos de los demás.
- Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual, aunque algunas veces existe una tendencia a dormir muchísimo más de lo normal.
- Cambios en el nivel de actividad, siendo éste tanto aletargado como agitado.
- Pensamientos periódicos de muerte o suicidio.
- Dificultad en concentrarse.

Asimismo las personas depresivas descuidan su higiene y aspecto personal y sienten numerosas jaquecas y otros dolores que aparentemente no tienen una base física. También se encuentran generalmente desanimados y completamente inútiles, y pueden ser aprensivos y an

siosos. Además pierden una gran cantidad de tiempo.

Otro síntoma generalmente aceptado es el retraso motor o lentitud de movimiento, tal y como observó recientemente Miller (1975) al comprobar que los depresivos rinden menos que los sujetos normales en tareas en las que se requieren respuestas rápidas.

CLASIFICACION DE LA DEPRESION

La clasificación de la depresión es un tema polémico en la actualidad. Según el Dr. Polaino (1979) las razones pueden sintetizarse en los tres puntos siguientes:

- 1.- En muchas de las clasificaciones propuestas se parte de puntos de vista doctrinales distintos, a la vez que se persiguen fines diferentes.
- 2.- Existe una gran variabilidad de técnicas y metodologías utilizadas.
- 3.- Cada investigador al proponer su clasificación parte de un constructo hipotético, de un modelo de alteraciones afectivas en el que toma prestados conceptos, términos y leyes correspondientes a categorías probadas en otro sistema científico.

Así pues, no puede hablarse con propiedad de una teoría de la depresión hasta que no pueda ser comprobado con todo rigor un modelo de la misma. Mientras tanto, todos los modelos deberán estar abiertos a nuevas

y más completas reformulaciones.

La Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association) adoptó en 1952 como su clasificación oficial de los trastornos mentales el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ("DSM").

En 1968 apareció una nueva versión con diversas modificaciones, denominada "DSM-II", y desarrollada - en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Por último en 1980 ha aparecido una nueva reformulación conocida por "DSM-III".

Según el DSM-II la depresión puede dividirse en tres categorías:

A) Trastornos afectivos principales.

Este grupo lo constituyen por un lado, las enfermedades maniaco-depresivas, y por otro, la - melancolía de la involución.

B) Reacción psicótico-depresiva.

C) Neurosis depresiva.

A continuación describiremos brevemente cada una de estas tres categorías.

A) Trastornos afectivos principales:

1.- Enfermedades maniaco-depresivas.

Se caracterizan por una alteración emocional que va desde la depresión hasta la manía o estado emocional opuesto. Esta alteración no parece estar asociada con ningún acontecimiento ambiental que facilite estos cambios. La ausencia de este acontecimiento ambiental sirve para distinguir este trastorno de la reacción psicótico-depresiva, y la neurosis depresiva.

Asimismo están asociadas con una carencia de contacto con la realidad que puede interferir significativamente en el funcionamiento del sujeto en su ambiente y por lo tanto hacer que sea necesario internar en un hospital a la persona en cuestión.

Los trastornos maniaco-depresivos se refieren a un "exceso de afecto" y no abarcan sólo aquellos casos en que existen alteraciones entre la manía y la depresión, sino también por un lado en los que se da sólo la manía, y por otro, en los que se da sólo la depresión. Los tres tipos se caracterizan porque frecuentemente los sujetos presentan alucinaciones e ilusiones que alteran el proceso normal de su pensamiento.

El tipo maniaco consiste principalmente en manifestaciones extremas de júbilo, irritabilidad, "vuelo de ideas" y un marcado aumento

del habla y de la actividad motora.

El tipo depresivo consiste básicamente en un estado de ánimo extremadamente deprimido. - Tal y como hemos comentado anteriormente, dentro de este grupo parecen no existir eventos - externos que desarrollen esta forma de depre-- sión, por lo que podemos considerarla como de carácter endógeno.

Por último, el tipo circular de las psico sis maníaco-depresivas consiste en una conexión entre un episodio de manía y otro de depresión con una alternancia circular entre ambos estados emocionales. Pueden también existir breves períodos de normalidad como transición entre - la depresión y la manía. Asimismo, la duración de cada episodio puede variar considerablemente de una persona a otra, y en cuanto a las ca racterísticas de cada uno de los episodios (ma níaco y depresivo) son las mismas que cuando - se dan por separado.

De forma paralela a estas formas principa les de manía y depresión existe también una ca tegoría llamada "tipo-mixto" que se aplica en aquellos casos en que los síntomas maníacos y depresivos aparecen casi simultáneamente. Así, un sujeto puede manifestar muchos signos - propios de la manía, tales como el "vuelo de -

ideas" y el aumento del habla y de la actividad motora, pero simultáneamente la depresión está presente y le impide iniciar y realizar cualquier conducta con significado.

2.- Melancolía de la Involución.

Se diferencia de los restantes tipos, primeramente porque comienza a producirse durante el período de involución, generalmente enmarcado entre los cuarenta y cinco y los sesenta años en las mujeres y los cincuenta y los seenta y cinco en los varones.

Esta alteración se caracteriza además por la preocupación y la ansiedad por pequeñas cosas y por un fuerte insomnio, así como por sentimientos de culpa y males somáticos. El comienzo de este trastorno es gradual, y generalmente el sujeto, hasta entonces no ha tenido ningún episodio depresivo previo. Su duración suele ser bastante prolongada si no se administra algún tipo de tratamiento. En la DSM-II se recomienda que no se diagnostique la melancolía de la involución a menos que anteriormente se hayan desechado los restantes trastornos afectivos.

B) Reacción psicótico-depresiva:

Se caracteriza por la presencia de un estado emocional depresivo extremo provocado por algún aconteci

miento o experiencia ambiental del individuo.

También este tipo recoge la presencia de alteraciones en el proceso normal del pensamiento. Así, por ejemplo, pueden producirse ilusiones o alucinaciones referentes a culpa o inutilidad del propio sujeto. Evidentemente este deterioro dificulta el funcionamiento adecuado en el marco ambiental de la persona.

C) Neurosis depresiva:

Es una forma de depresión reactiva, que se diferencia de la reacción psicótico-depresiva en que en este caso no se dan alteraciones en los procesos normales del pensamiento.

Vemos pues, que según esta clasificación los trastornos afectivos principales se diferencian de las otras dos categorías en que en el caso de éstas es un acontecimiento ambiental el que elicitó la reacción. Sin embargo, parece evidente la dificultad en decidir cuándo una depresión está realmente causada por una fuerza ambiental, tal y como señala Mendels (1970). al decir que el hecho de que un paciente informe sobre una asociación entre una experiencia negativa de su vida y el comienzo de una enfermedad, y que él crea en esa asociación no quiere decir que esa experiencia sea realmente la causa de la enfermedad. Esta dificultad no resuelta por la DSM-II para determinar cuándo la depresión es causada directamente por algún acontecimiento ambiental quedó en parte subsanada con la

aparición del estudio de Mendels y Cochrane (1970) en el que se señalan diversos síntomas conductuales encontrados más a menudo en pacientes depresivos diagnosticados como endógenos, y que pueden servir para diferenciar a éstos de los depresivos exógenos. Estos síntomas son: falta de reacción ante cambios ambientales, pérdida de interés en la vida, insomnio en el medio de la noche, síntomas corporales, retraso motor, carencia de auto-pena, y falta de tensión favorecedora de la depresión.

Mendels (1970) sugiere que dentro del grupo de pacientes que padecen depresión, hay un número de ellos que muestran un cuadro claramente depresivo puro, y hay otros que tienen rasgos de histeria, alteraciones del carácter, ansiedad y otras características no depresivas. De este modo, el llamado factor endógeno no puede representar el centro de sintomatología depresiva, mientras que los rasgos clínicos del factor exógeno o reactivo, pueden representar síntomas de trastornos psiquiátricos que no son la depresión.

En otro estudio, Robins, Muñoz, Martín y Gentry (1972), intentaron distinguir entre depresión primaria y secundaria. Una depresión es primaria si va asociada con un efecto específico y unos determinados síntomas conductuales, y además cuando no ha sido precedida por o asociada con algunos otros trastornos principales de la personalidad o amenaza de una enfermedad física. En contraste, la depresión secundaria

resulta a partir de otros tipos de trastornos psicológicos o físicos más dominantes. Becker (1977) señaló que aún no se ha llegado a realizar una evaluación completa de la aproximación anteriormente relatada, si bien los primeros resultados acerca de su validez y fiabilidad parecen alentadores.

Teniendo en cuenta los problemas planteados por el DSM-II, apareció el DSM-III apoyado en la observación objetiva de la conducta de los sujetos, y no en la causa de las alteraciones afectivas de los mismos. En esta nueva clasificación se proponen las siguientes categorías:

- 1.- Trastornos maníacos;
 - Su principal síntoma conductual es un elevado estado emocional.
- 2.- Trastornos depresivos;
 - Dominan los síntomas conductuales propios de la depresión.
- 3.- Trastornos bipolares;
 - Períodos maníacos y depresivos que se mezclan o alternan.

El DSM-III presenta otras tres categorías en una dimensión distinta e independiente de la anteriormente explicada:

- A.- Trastornos afectivos de corta duración;
 - Duración menor a dos años.

B.- Trastornos afectivos crónicos;

- Duración mínima de dos años.

C.- Trastornos afectivos atípicos;

- Donde se clasifican aquellos casos individuales especiales que no pueden incluirse en los grupos A y B.

En definitiva, tal y como hemos apuntado anteriormente, para poder hablar con propiedad de una teoría - de la depresión deben seguirse nuevos procesos que - - aporten los datos necesarios para ello . Nuestro propósito en este capítulo no ha sido otro que intentar - - ofrecer al lector una cierta introducción al estudio - de este trastorno afectivo.

NOTAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1952). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1968). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". - - (DSM-II).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". - - (DSM-III).

BECKER, J. (1977). "Affective Disorders". Morristown, - N.J.: Genral Learning. Press.

DAVIDSON, G.C. y NEALE, J.M. (1978). "Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Aproach". Wiley and - Sons.

KRAEPELIN, E. (1968). "Lehrbuch Der Psychiatrie". Germa ny, 1883. En "Lectures on Clinical Psychiatry". -- Hafner.

MENDELS, J. (1970). "Concepts of Depression". New York. Wiley.

MENDELS, J. y COCHRANE, C. (1970). "Syndromes of Depres sion and the Response to ECT". En J. Mendels. Con-

cents of Depression. New York, Wiley.

MILLER, W. R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression - Independence and Factor Distriburions". Journal - of Psychiatric Research, 8, 73-90.

POLAINO, A. (1979). "Apuntes de Psicopatología". Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid (Sin publicar).

ROBINS, E. y GUZE, S. (1970). "Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 126, 983-987.

ROBINS, E., MUÑOZ, R.A., MARTIN, S. y GENTRY, K.A. (1972) "Primary and Secondary Affective Disorders". En -- J. Zubín y F.A. Freyhan (eds.) Disorders of Mood. Baltimore: Johns Hopkins Press.

WOODRUFF, R.A., GOODWIN, D.W. y GUZE, S.B. (1974). "Psychiatric Diagnosis", New York. Oxford University - Press.

CAPITULO 2

CONTROLABILIDAD Y PREDICTIBILIDAD:

SUPUESTOS TEORICOS DE LA PSICOLO-

GIA DEL APRENDIZAJE Y DATOS EXPE-

RIMENTALES

TEORIAS CONDUCTUALES

Entre los teóricos del aprendizaje, Ferster (1965) fue el primero que reparó en que la pérdida de un amigo íntimo o de una causa querida produce un repentino cambio o reducción en el inventario de refuerzos positivos que normalmente mantiene en gran medida las conductas de una persona, lo que implica que éstas se reduzcan de forma considerable al no ser lo suficientemente recompensadas.

El mismo autor señaló que muchos depresivos son extremadamente restrictivos en las personas con las que interactúan, llegando en algunos casos a hacerlo sólo con una, lo que supone que sean elevadamente vulnerables, ya que el perder a esa única persona o dejar ésta de prestarles atención equivaldrá a una reducción considerable de refuerzos positivos, y como consecuencia de ello surgirá un importante cambio en sus conductas.

El propio Ferster (1974) indicó también que muchas personas depresivas han experimentado relaciones aversivas con otras de importante significación para ellas, como por ejemplo, los padres o el cónyuge. El depresivo suele aprender que la frecuencia y/o la intensidad de esta relación aversiva puede evitarse o al menos reducirse no haciendo nada que provoque a los demás, y esta actitud en muchos casos lleva consigo que se inhiban o debiliten grandes repertorios de conductas adaptativas, como consecuencia de una excesiva genera-

lización de la evitación de la actividad o de respuestas pasivas. La auto-aversión o auto-hostilidad también puede suprimir la actitud adaptativa.

El autor continúa diciendo que la conducta de los depresivos se diferencia de la de los no depresivos en que la de aquéllos está reforzada positivamente con una menor frecuencia que la de éstos, y cuanto mayor es la cantidad de actividad necesaria para obtener un reforzamiento positivo, mayor es la posibilidad de que esa conducta se extinga.

Por otro lado, la actividad adaptativa es sugerida e incitada gracias a los acontecimientos ambientales y sin embargo los depresivos emiten conductas no reforzables, lo que puede indicar la posibilidad de que tengan una percepción deformada del ambiente.

Respecto a esta posible deformación perceptual, Ferster (1974) especula que puede ser debida a una carencia temprana de lo que algunos autores denominan "ambiente general esperable". Así por ejemplo, Weissman y Paykel (1974) informaron que muchas madres de personas predepresivas estuvieron ellas mismas emocionalmente perturbadas, lo que puede sugerir que probablemente no fueron para sus hijos unas reforzadoras apropiadas. Un reforzamiento inadecuado e inapropiado puede producir respuestas emocionales que obstruyan la agudeza en el niño para observar y aprender, y esta interferencia puede derivar en consecuencias aver

sivas.

En este sentido, ya Spitz (1946) observó un síndrome de depresión extrema en niños hospitalizados al que denominó como "anaclitic depression". Esta depresión se desarrollaba después de que el niño era bruscamente separado de su madre, que había sido previamente un reforzador primario y la que respondía a sus necesidades. Spitz notó que después de un período inicial de pena caracterizado por lloros y protestas, los niños - llegaban a ser depresivos mostrando apatía, falta de - respuestas y tristeza general. Posteriormente, Lazarus (1972) vio también la depresión como consecuencia de - refuerzos inadecuados o insuficientes señalando que -- una vez que el refuerzo positivo es retirado, se da - por sentado que el sujeto dejará de emitir esa conduc- ta, y llegará a ser inactivo y apartado, síntomas am- - bos característicos de la alteración depresiva.

En algunos estudios hechos con animales en el laboratorio, se ha demostrado también que la pérdida de una significativa fuente de reforzamiento positivo en - el ambiente animal, produce conductas de tipo depresivo. Así por ejemplo, Harlow y Suomi (1974) apunta- - ron que cuando los jóvenes monos macacos eran separa- - dos de sus madres y se les aislaba de los otros monos, mostraban una conducta depresiva marcada por una re- - ducción en las tasas de locomoción, juego y conducta -

exploratoria. Muchas de esas conductas persistieron hasta ocho meses después del final de la separación y el aislamiento.

Una alternativa diferente la ofrece Costello (1972) que acepta la probabilidad de que sea un cambio biológico o neurofisiológico, lo que altere la efectividad de los distintos reforzamientos. Según el autor, de esta forma se explica que la pérdida de un reforzador importante como puede ser una persona muy allegada, se generalice a una pérdida de interés en el ambiente y en necesidades vitales que no tienen nada que ver con el caso anterior, como por ejemplo, las ganas de comer. En definitiva, lo que sucedería en los sujetos depresivos es que la pérdida de efectividad de un reforzador se generalizaría y otros reforzadores perderían también su efectividad.

Lewinsohn (1974) señala también la importancia que tiene la falta de habilidades sociales como la "emisión de conductas que están positivamente reforzadas por -- otras" y apunta que si un sujeto carece de éstas, sus posibilidades de tener refuerzos positivos en su ambiente inmediato estarán notablemente limitadas. El modelo de depresión de Lewinsohn de una forma esquemática es el siguiente:

1. Las conductas depresivas, tales como -- las declaraciones verbales de disforia, disminución de ac

tividad y síntomas somáticos pueden producirse cuando una conducta recibe una tasa baja de reforzamiento positivo.

2. Un número de distintos acontecimientos ambientales, como una pérdida causada por muerte, separación o rechazo, alguna forma de desgracia, o algún déficit como unas inapropiadas habilidades sociales, se supone están relacionados de un modo causal a una baja tasa de reforzamiento positivo.

3. La baja tasa de reforzamiento positivo tiende a reducir el nivel de actividad del sujeto incluso - más aún, lo cual puede hacer decrecer todavía más la posibilidad de reforzamientos positivos. Lewinsohn ve a la persona depresiva como si fuese un programa de extinción prolongado.

4. Un pequeña parte del ambiente social, como los familiares y amigos más íntimos, puede inicialmente dar al depresivo algún reforzamiento en forma de simpatía, o haciéndole ver que tiene importancia para los demás, lo cual refuerza y mantiene la conducta depresiva. Además poco a poco, estos familiares y amigos comenzarán a encontrar la conducta depresiva como aversiva y aburrida, y por lo tanto tratarán de evitar a la persona depresiva. Esta evitación contribuirá a disminuir más aún la tasa del sujeto de recibir reforzamiento positivo y de esta forma se acentuará todavía más su depresión.

Lewinsohn, Shaffer y Libet (1969) realizaron una serie de estudios evaluando rasgos específicos de este modelo. El principal método que utilizaron fué la observación de conductas de personas depresivas en situa

ciones específicas, tales como una interacción familiar o alguna otra situación social en la que hubiese algún tipo de interacción. Esta observación tenía como objetivo tener un cuidadoso conocimiento de la frecuencia y el tipo de conductas que se producían y el número y el tipo de reforzamientos que se recibían. En estos y otros estudios posteriores como los de Libet y Lewinshon (1973) se vio que los depresivos producían menos respuestas y tenían menos refuerzos que otros miembros de la familia.

A la vista de estos resultados, MacPhillamy y Lewinshon (1974) construyeron la "Pleasant Events Schedule" (PES) o "Inventario de acontecimientos agradables" en el que cada sujeto debe señalar la cantidad de placer que para él se deriva de cada uno de los acontecimientos del inventario. Aplicando este inventario, hicieron una comparación entre pacientes depresivos y pacientes psiquiátricos no depresivos, obteniendo aquellos puntuaciones que indicaron que recibían una menor cantidad de reforzamiento positivos que éstos.

En otros estudios realizados por el mismo autor, tanto con grupos de normales como de depresivos, éstos demostraron tener menos habilidades sociales que aquellos, lo que en cierto modo representa un apoyo para su hipótesis de que un bajo nivel de habilidades sociales constituye la razón fundamental de las bajas tasas en respuestas que suponen un reforzamiento positivo.

También otros autores han estudiado la hipótesis

de Lewinshon. Así, Ekman y Friesen (1974) informaron - que los depresivos emitían pocos movimientos con las - manos que facilitasen un intento de comunicación ver-- bal, mientras que Paykel, Myers, Dienelt, Klerman, Lin-- denthall y Pepper (1969), que durante los seis meses - anteriores a su alteración los depresivos tuvieron - tres veces más cambios en los acontecimientos de sus - vidas que los sujetos normales, lo que según los auto-- res puede deberse a unas deficientes habilidades socia-- les.

Un apoyo adicional para el modelo de Lewinshon lo constituye la aparente habilidad de los programas de - terapia conductista concebidos para aumentar las res-- puestas con un reforzamiento positivo contingente y - también las habilidades sociales de los depresivos. - Sin embargo, Lewinshon (1974) reconoce que todavía no se han hecho estudios sistemáticos que evalúen con ri-- gor la efectividad de estos tratamientos.

En relación con el papel de la atención social en el mantenimiento de la conducta depresiva, Liberman y Raskin (1971) obtuvieron resultados favorables hacien-- do que el cónyuge del depresivo ignorase las conductas depresivas de éste, y diese reforzamiento positivo - tras sus conductas adaptativas. Aunque algunos de los pacientes estaban gravemente deprimidos, respondieron muy bien a este planteamiento.

Algunos años más tarde, McLean (1974) presentó una interesante comparación longitudinal tasando diariamente auto-informes sobre la elevación del estado de ánimo. El sujeto en cuestión fue una madre depresiva crónica, y la elevación del estado de ánimo correlacionó con la cantidad de atención que le dispensaban su marido y sus hijos. Dado que las tasas se referían a una suma diaria de la atención, más que de respuestas contingentes, no representan un apoyo riguroso a los argumentos conductistas acerca de que la atención a la conducta depresiva actúan como un posible reforzador y por lo tanto sostiene dicha conducta. No obstante, los resultados son consistentes con la hipótesis siguiente: "Cuanto mejor funcionaba la madre, menos atención recibía".

TEORÍAS COGNITIVAS

Los procesos cognitivos juegan un papel decisivo en la conducta emocional. Beck (1967)_a afirma que los sujetos depresivos sienten de la forma que lo hacen porque cometen errores característicos lógicos. Mediante el examen de sus anotaciones con pacientes depresivos, el autor encontró que éstos tendían a distorsionar todo lo que les sucedía interpretándolo en términos de auto-acusación, catástrofes o cosas similares. Así, cualquier acontecimiento interpretado por una persona normal como inconveniente o irritante, ellos lo interpretarían como otro ejemplo más de la falta total de remedio y esperanza de la vida. La posición de Beck no consiste en que los depresivos piensan pobre o ilógicamente en general, sino que sacan conclusiones ilógicas al evaluarse a sí mismos.

El mismo autor señala que estos errores son estados característicos que dependen del color con que el depresivo percibe actualmente el mundo. La persona depresiva está utilizando un esquema de auto-desprecio y auto-acusación, y este estado mental, hace que el sujeto interprete o etiquete los acontecimientos de forma coherente con tal esquema. En definitiva, Beck (1967)_a ve a los depresivos como víctimas de sus propios auto-criterios lógicos. A continuación señalaremos cuáles son en su opinión los principales errores lógicos cometidos al interpretar la realidad por personas depresivas:

1. Deducción arbitraria

El sujeto depresivo saca una conclusión, sin que exista la evidencia suficiente, o incluso sin que exista evidencia alguna para hacerlo. Por ejemplo, un hombre concluye que es un inútil porque está lloviendo el día en que es el anfitrión de una fiesta al aire libre.

2. Abstracción selectiva

El sujeto saca una conclusión analizando únicamente un elemento de los muchos que se dan en una situación determinada. Por ejemplo, una persona se considera culpable del todo cuando algo no sale bien incluso pensando que son muchos los responsables de que esto haya sucedido.

3. Generalización en demasía

El depresivo generaliza en gran medida una conclusión que saca a partir de un acontecimiento aislado y quizá trivial. Por ejemplo, un estudiante que juzga su capacidad para el estudio basándose en que contestó mal unas preguntas en clase un día determinado.

4. Magnificación y minimización

Consiste básicamente en crasos errores que comete el sujeto depresivo al evaluar algo. Por ejemplo una mujer que ha estropeado del todo su coche cuando únicamente tiene algunos problemas en el embrague (magnificación), o un hombre que sigue creyéndose inútil a pesar de haber obtenido algunos éxitos (minimización).

Estos modelos de pensamiento ilógico según -

Beck (1967)_b, son los que distorsionan la percepción de la realidad del depresivo, causándole una visión negativa de uno mismo, de las propias experiencias presentes y del futuro. Tales modelos de pensamiento según el mismo autor se han ido adquiriendo durante las experiencias que desarrollan el aprendizaje de la niñez y la adolescencia, las cuales comprenden interacciones con el ambiente, otras opiniones individuales de las personas y la identificación en el propio ambiente con otras personas significativas, como por ejemplo, los padres. También juegan su papel experiencias traumáticas tempranas como la pérdida de los padres, la privación o el rechazo de los iguales cuyo resultado es un patrón de estructura cognitiva que influye posteriormente. Cuando las experiencias posteriores son similares a los acontecimientos traumáticos tempranos, se precipitan reacciones como el pensamiento del sujeto de que todavía está desvalido y desahuciado. Las precipitaciones depresivas la mayoría de las veces consisten en pérdidas reales, percibidas o anticipadas que se vivencian como catastróficas o irrevocables.

Beck (1967)_b desarrolló su formulación mediante un análisis de las características del modelo del pensamiento primario de los pacientes depresivos comparadas con las de los pacientes psiquiátricos pero no depresivos. El análisis se basó primariamente en observaciones hechas durante entrevistas psicoterapéuticas. Estas observaciones le llevaron a sugerir que la depresión, más que ser una perturbación primaria del estado de ánimo, es un desorden primario del pensamiento que conduce a -

una perturbación del afecto y la conducta que coincide con la distorsión cognitiva. De forma similar, Ellis - (1962) sugiere que la forma en que un sujeto se ve y - piensa acerca de sí mismo puede conducir a una conduc- ta perturbada como por ejemplo la depresión. Es de des- tacar también que algunas investigaciones experimenta- les como la de Velten (1968) han demostrado que la de- presión se puede inducir en sujetos a los que se ha pe- dido que hagan una exposición referida a ellos mismos sobre el estado de ánimo depresivo. Esta investigación apoya la teoría de que los estados de ánimo están afec- tados por los modelos de pensamiento.

Por otro lado, Davidson y Neale (1974) indican que al menos dos puntos deben ser demostrados al evaluar la teoría de Beck.

El primero ha sido confirmado por las observacio- nes clínicas del propio autor y consiste en que los pa- cientes depresivos manifiestan de hecho al menos algu- no de los errores de la lista hecha por él que hemos - analizado anteriormente en este trabajo. El segundo - punto sugiere que debería demostrarse que esta altera- ción cognitiva no es función de un desorden emocional primario que de hecho sea la causa del estado depresivo. Muchos estudios de psicología experimental han de- mostrado que los sentimientos de una persona pueden es- tar influenciados por cómo esa persona interpreta los acontecimientos. Así, por ejemplo, Geer, Davidson y -

Gatchel (1970) indicaron que las personas están menos excitadas cuando creen que tienen control sobre la estimulación dolorosa, incluso cuando esa creencia es objetivamente falsa. Davidson y Neale (1974) apuntan que Beck ha encontrado que existe una correlación entre la depresión y las deformaciones cognitivas, pero que no se puede determinar a partir de tales datos una relación causal específica. La depresión podría causar pensamientos ilógicos o los pensamientos ilógicos podrían causar la depresión. A pesar de estas dificultades, según estos autores, una ventaja importante de la teoría de Beck es que es medible y ha alentado por un lado a muchos investigadores a trabajar en el campo de la depresión, y por otro, a los terapeutas a que trabajen directamente con el pensamiento de los enfermos de cambiar y aliviar sus sentimientos.

CONTROLABILIDAD Y PREDICTIBILIDAD

1. CONTROLABILIDAD

Según Seligman (1975), un evento es incontrolable cuando no se puede hacer nada sobre él, es decir, cuando nada de lo que hacemos influye en él.

LA RESPUESTA VOLUNTARIA

El propio Seligman (1975) denomina respuestas voluntarias únicamente a aquellas que pueden ser modificadas mediante el premio y el castigo. No se refiere a meras reacciones ante determinados estímulos, sino a respuestas que pueden ser modificadas por sus consecuencias. Así, utilizaremos una respuesta determinada más frecuentemente, si recibimos una consecuencia positiva al hacerlo, y evitaremos utilizarla si la consecuencia es negativa.

Partiendo de este planteamiento, todas aquellas respuestas que un sujeto emite y que no son sensibles a las consecuencias positivas o negativas, no son más que reflejos, reacciones ciegas o instintivas, mientras que, todas aquellas que pueden ser modificadas por sus consecuencias son respuestas operantes, es decir, que operan sobre el ambiente. Cuando un determinado organismo no emite respuestas operantes que controlen una consecuencia, señala el mismo autor que la

consecuencia es incontrolable.

CONSECUENCIA INDEPENDIENTE Y CONSECUENCIA DEPENDIENTE

Cuando la probabilidad de una consecuencia determinada es la misma, se dé o no una determinada respuesta, la consecuencia es independiente de la respuesta, en cuyo caso la consecuencia es incontrolable.

Por otro lado, si la probabilidad de una consecuencia determinada, cuando se da una respuesta determinada, es diferente de la probabilidad de esa consecuencia cuando la respuesta en cuestión no se da, podemos decir que la consecuencia es dependiente de dicha respuesta. En este caso, la consecuencia es controlable.

2. PREDICTIBILIDAD

Cuando definíamos controlabilidad nos referíamos al aprendizaje instrumental, es decir, a la relación entre una respuesta voluntaria y una consecuencia. La predictibilidad, sin embargo, se refiere al condicionamiento clásico, es decir, a un estímulo incondicionado que se relaciona con una señal o estímulo condicionado. Seligman (1975) mantiene que en líneas generales un estímulo incondicionado es impredecible por mediación de un estímulo condicionado si la probabilidad de que el EI ocurra en ausencia de éste. Viéndolo desde el lado contrario, tenemos que un EC predi-

ce un EI cuando la probabilidad de que el EI ocurra en presencia del EC, no es igual a la probabilidad de que aquél no ocurra en presencia de éste. Añade además que el EC no necesita ser un elemento externo, si no que puede tratarse de algo interno, e incluso, del "feed-back", que se obtiene al emitir una respuesta o del que se obtiene al no emitirla. Así, cuando un animal puede controlar un evento determinado mediante - una respuesta, puede también utilizar el "feed-back" que obtiene de esa respuesta, y predecir el evento. - Sin embargo, el que pueda predecir el evento no siempre quiere decir que pueda controlarlo.

ANSIEDAD Y LA HIPOTESIS DE LA "SEÑAL DE SEGURIDAD"

Seligman(1975) define el miedo como el estado - agudo que se da cuando una cierta señal predice un - evento amenazante como por ejemplo, un electro shock. El mismo autor define la ansiedad como un miedo crónico que tiene lugar cuando un evento amenazante está a la vista, pero es impredecible cuándo va a suceder.

Cuando los eventos desfavorables se pueden predecir, o también predecible la ausencia de los mismos, mientras que si no se puede predecir cuándo ocurrirán tampoco puede ser predecible cuándo no ocurrirán. La "señal de seguridad" sería aquélla que se daría en el momento en que las consecuencias no deseables fueran a ocurrir. Durante esos momentos, el miedo tendría una gran intensidad, pero el hecho de que existiese la se

ñal, implicaría que en los momentos que ésta no se -
diese, prevalecería la seguridad de que tales conse--
cuencias no iban a ocurrir, y de esta forma no se pro-
duciría un estado de miedo o ansiedad.

En este sentido, el propio Seligman (1968) traba-
jó con dos grupos de ratas hambrientas que primero -
aprendieron a presionar una barra para obtener comida
a un alto precio. Un grupo recibió quince sesiones -
diarias de cincuenta minutos durante los cuales tres
señales de un minuto finalizaban en un shock eléctri-
co. El otro grupo recibió las mismas señales y shocks
pero de forma arbitraria, de tal manera que la proba-
bilidad de que ocurriera el shock era la misma tanto
si aparecía la señal como si no. La comida podía se--
guir consiguiéndose presionando la barra. Los resulta-
dos indicaron que en primer lugar, el grupo que podía
predecir cuándo se iba a dar el shock, inicialmente de-
jó de presionar la barra tanto en presencia de la se-
ñal como en ausencia de la misma, pero al tiempo que
aprendieron a discriminar que el shock únicamente se
producía mientras finalizaba aquélla, y que no se -
producía en su ausencia, suprimieron la presión de la
barra tan solo en su presencia. Las ratas de este gru-
po mostraron miedo durante la señal, pero no en ausen-
cia de la misma. El otro grupo carecía de una "señal
de seguridad" que le permitiese predecir cuando no -
ocurriría el shock. Las ratas de este grupo dejaron -
completamente de presionar la barra, tanto durante la
señal como en su ausencia, y nunca volvieron a presio-

narla durante las quince sesiones. Se acurrucaron en una esquina en cada sesión y mostraron ansiedad. Asimismo, desarrollaron úlceras estomacales en gran medida.

En otros experimentos, Davis y McIntire (1969), encontraron que al cabo de muchas sesiones las ratas del segundo grupo comenzaron a presionar en algunas ocasiones la barra. Ante este hecho, Seligman y Meyer (1970), hicieron nuevos experimentos con el fin de comprobar si esta recuperación se debía a que después de muchos intentos las ratas habían aprendido que en cada sesión únicamente había tres shocks, y por lo tanto, este dato actuaba como "señal de seguridad". En estos nuevos experimentos, un grupo recibió tres shocks al día, y el otro de forma indiscriminada entre uno y cinco shocks también al día, con una media de tres diarios. Durante las treinta últimas sesiones el primer grupo mostró alguna recuperación, mientras que el otro no se recuperó.

En cuanto a la respuesta galvánica de la piel, el índice de miedo fue medido en función del sudor por Price y Geer (1972) en presencia de eventos no deseables predictibles e impredecibles, mediante una "señal de seguridad". El grupo que podía predecir, mostró una respuesta alta durante la señal de seguridad, pero no en ausencia de ésta. El otro grupo sudó en gran medida durante todo el tiempo.

Tanto las respuestas emocionales condicionadas - medidas en los dos primeros experimentos a los que ha cemos referencia, como las respuestas galvánicas de - la piel a las que se refiere el último estudio, sugie ren que el miedo es crónico durante los eventos no de seables que son impredecibles, ya que la "señal de - seguridad" no existe.

Durante el shock impredecible, la ansiedad se - da todo el tiempo, mientras que durante el shock pre- dictible, el miedo se da únicamente durante la señal y el resto del tiempo se produce una relajación. Es - por esto que en general parece ser que, tanto los ani males como los hombres, prefieren eventos aversivos - predictibles a eventos aversivos impredecibles.

3. RELACION ENTRE CONTROLABILIDAD Y PREDICTIBILIDAD

Centremos nuestra atención en una persona que - piensa que se va a morir de un ataque al corazón. Pro bablemente este pensamiento la hace detectar en un mo mento dado cualquier cosa que él considere un síntoma de ese ataque. Inmediatamente aumentará su presión de la sangre y se encontrará en un elevado estado de an- siedad. Si a esta persona se la receta una pastilla - diciéndole que le servirá para evitar el problema, - cuando se presente la llevará a todas partes en el - bolsillo y probablemente nunca la utilizará.

En el ejemplo anterior vemos que el sujeto cree que tiene un control potencial sobre su ansiedad. El

cree que al tomar la pastilla la ansiedad desaparecerá. La cuestión aquí radica en saber cuál es la variable operativa; si la controlabilidad de la ansiedad, o la predicción de que ésta se superará al tomar la pastilla. Como vemos, son variables difíciles de separar.

Algunas investigaciones demuestran que la controlabilidad tiene un mayor efecto sobre la ansiedad que la predictibilidad. Algunos de estos estudios consisten en que los sujetos controlan o no una cierta estimulación aversiva, mediante la auto-administración de este tipo de estímulos, y también pueden predecir o no cuando van a tener lugar (Pervin, 1963; Stotland y Blumenthal, 1964; Steiner y otros, 1969; Geer y Maltel, 1972). Otros estudios que demuestran este punto son los que se refieren a la percepción de control. En este sentido, Glass y Singer (1972), encontraron que el ruido percibido como controlable no causa ningún perjuicio en actuaciones posteriores, mientras que el ruido percibido como no controlable, sí las perjudica.

Podemos concluir que tanto la controlabilidad como la predictibilidad juegan un importante papel reduciendo la ansiedad, si bien, de momento, parece ser que la controlabilidad tiene un mayor efecto que la predictibilidad. Así pues, los eventos no deseables que producirían, ninguna o un grado mínimo de ansiedad, serían aquéllos que se pudieran predecir y contro-

lar, y en última posición generando los mayores niveles de ansiedad, aquéllos que ni se pueden predecir - ni se pueden controlar.

NOTAS

BECK, A.T. (1967)a. "Depression: Causes and Treatment". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1967)b. "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects". New York: Hoeber.

COSTELLO, C.G. (1972). "Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness". Behavior Therapy, 3: 240-247.

DAVIS, H. y McINTIRE, R.W. (1969). "Conditioned Suppression Under Positive and no Contingency Between - Conditioned and Unconditioned Stimuli. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 12, 633-40.

DAVISON, G.C. y NEALE, J.M. (1974). "Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Approach". Wiley and Sons.

EKMAN, P. y FRIESEN, W.V. (1974). "Nonverbal Behavior and Psychopathology". In R.J. Friedman and M.M. - Katz (eds). The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.

ELLIS, A. (1962). "Reason and Emotion in Psychotherapy". New York: Lyle Stuart.

FERSTER, C.B. (1965). "Classification of Behavioral Pathology". In L. Krasner and L.P. Ullmann (eds.) - Research in Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston.

FERSTER, C.B. (1974). "Behavioral Approaches to Depression". En R.J. Friedman y M.M. Katz (eds.) The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.

GEER, J. y MAISEL, E. (1972). "Evaluating the Effects of the Prediction-control Confound". Journal of Personality and Social Psychology, 23, 314-319..

GLASS, D.C. y SINGER, J.E. (1972). "Urban-stress: Experiments on Noise and Social Stressors". New York: Academic Press.

HARLOW, H.F., y SUOMI, S.J. (1974). "Induced Depression in Monkeys". Behavioral Biology, 12, 273-296.

LAZARUS, A. (1972). "Behavior Therapy and Beyond". N. Y. McGraw-Hill.

LEVINSON, P.A. (1974). "Behavioral Approach to Depression". In R.J. Friedman and M.N. Katz (Eds), The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Washington: Winston-Wiley.

LIBERMAN, R.P. y RASKIN, D.E. (1971). "Depression: A -

Behavioral Formulation". Archives of General Psychiatry, 23, 515-523.

LIBET, J. y LEWINSOHN, P.M. (1973). "The Concept of Social Skill with Special Reference to the Behavior of Depressed Persons". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 304-312.

MAC PHILLANY, D.J. y LEWINSOHN, P.M. (1974). "Depression as a Function of Levels of Desired and Obtained Pleasure". Journal of Abnormal Psychology, 83, 651-657.

McLEAN, P.D. (1974). "Parental Depression-Incompatible with Effective Parenting". Paper Presented at 6th Annual Conference on Behavior Modification. Banff, Alberta.

PAYKEL, E.S., MYERS, J.K., DIENELT, M.N., KLERNAN, G.L., LINDENTHAL, J.J. y PEPPER, M.N. (1969). "Life Events and Depression: A Controlled Study". Archives of General Psychiatry, 21, 753-760.

PERVIN, L.A. (1963). "The Need to Predict and Control Under Conditions of Threat". Journal of Personality, 31, 570-585.

PRICE, K.P. y GEER, J.H. (1972). "Predictable and Unpredictable Aversive Events: Evidence for the Safety

- Signal Hypothesis". Psychonomic Science, 26, 215-16.
- SELIGMAN, M.E.P. (1968). "Chronic Fear Produced by Unpredictable Shock". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 66, 402-411.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression, Development, and Death". San Francisco: Freeman.
- SELIGMAN, M.E.P. y MEYER, B. (1970). "Chronic Fear and Ulcers as a Function of the Unpredictability of Safety". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 73, 202-207.
- SPITZ, R.A. (1946). "Analytic Depression". In A. Freud (Ed.). The Psychoanalytic Study of the Child, 2, 313-342. International Universities Press.
- STEINER, S.S., BEER, B. y SHAFFER, M.M. (1969). "Escape from Self Produced Rates to Brain Stimulation". Science, 163, 90-91.
- STOTLAND, E. y BLUMENTHAL, A. (1964). "The Reduction of Anxiety as a Result of the Expectation of Making a Choice". Canadian Journal of Psychiatry, 18, 139-145.
- VELTEN, E. JR. (1968). "A Laboratory Task for Induction of Mood States". Behavior Research and Therapy, 6, 473-782.

WEISSMAN, M.M. y PAYKEL, E.S. (1974). "The Depressed -
Women: A Study of Social Relationship". Chicago:
University of Chicago Press.

CAPITULO 3

"LEARNED HELPLESSNESS: UNA ALTERNATIVA EXPERIMENTAL A LOS ANTERIORES MODELOS

EXPLICACION DEL MODELO

El desvalimiento aprendido ("Learned helplessness") es el estado psicológico que normalmente surge cuando los eventos o consecuencias son incontrolables por el sujeto.

Los primeros experimentos iniciadores de esta teoría se realizaron con perros. Seligman y sus colaboradores estudiaron entre 1965 y 1969 la conducta de ciento cincuenta de estos animales a los que sometieron a diversas pruebas. Las primeras conclusiones podemos encontrarlas en los informes de Overmier y Seligman (1967) y Seligman y Maier (1967). En líneas generales, trabajaban con tres grupos de perros de la siguiente manera:

Grupo A ---- perros sometidos a shock inescapable.

Grupo B ---- perros sometidos a shock escapable.

Grupo C ---- grupo control.

El grupo A fue sometido a series de shocks inescapables a los que no precedía ninguna señal y administrados al azar cualquiera que fuese la respuesta del animal.

El 75% de los perros experimentales de este grupo presentaron tras el experimento los siguientes comportamientos:

- 1).- Actitud de completa inhibición.
- 2).- Disminución de las respuestas motoras espontáneas.
- 3).- Disminución de las respuestas competitivas y aumento de las respuestas agresivas contra ellos mismos.
- 4).- Disminución del apetito, del peso y del instinto sexual.

A las veinticuatro horas, este grupo fue sometido a diez ensayos de entrenamiento de evitación-escape. Este entrenamiento consistió en percibir una señal que precedía en diez segundos a la administración del shock. Si el perro saltaba al otro compartimento de la caja, no recibía el shock, y si no lo hacía lo

recibía hasta que saltaba o hasta un máximo de sesenta segundos si no lo hacía. El shock se administró en ambos compartimentos de la caja experimental.

Los perros de este grupo fueron incapaces en un 75% de aprender la tarea de evitación-escape, por no asociar el E discriminativo de alivio para el escape, de lo que se puede concluir que estos sujetos experimentales, tras la experiencia de incontrolabilidad del shock, manifiestan las siguientes pautas de comportamiento:

1).- Dificultad para aprender qué respuestas producen consecuencias y cuáles no.

2).- Incapacidad para establecer un aprendizaje de evitación.

3).- Incapacidad para asociar las respuestas emitidas y los refuerzos recibidos.

4).- Se da en ellos una independencia entre su conducta y los refuerzos debido a que el perro ha sido sometido a estímulos aversivos prolongados ante los que cualquiera que fuese la conducta emitida, ésta era irrelevante.

5).- Durante el experimento han aprendido que su conducta es irrelevante frente a los refuerzos.

6).- Este aprendizaje aberrante se generalizó luego a otras situaciones.

A este tipo de comportamiento fue al que se denominó "Learned Helplessness" (desvalimiento aprendido).

El grupo B fue sometido a shock escapable, situación en la cual el perro podía escapar del shock emitiendo determinada respuesta. Bajo esta circunstancia este grupo recibió el mismo número de shocks que el grupo A, sin que por ello manifestara después del experimento una conducta semejante a la del 75% de los pertenecientes a este grupo.

El grupo control no manifestó ninguna alteración en su comportamiento.

Los autores concluyeron que es la incontrolabilidad del shock por parte de la conducta del perro y no el daño físico de la descarga, que estaba calculado para que fuese tolerado, la causa de la manifestación del desvalimiento en el sujeto experimental.

Otros estudios posteriores con animales y sobre todo con perros (Maier, Seligman y Solomon (1969), Seligman, Maier y Solomon (1971) entre otros) y con ratas (Seligman (1968), Seligman y Meyer (1970), Maier, Albis y Testa (1973), Seligman y Beagley (1975), Rossellini y Seligman (1975), entre otros), indicaron que al exponer al animal a una situación incontrolable, éste aprende que no existe contingencia entre sus respuestas y la consecuencia.

Centrándonos ahora en los experimentos realizados con humanos, citaremos en primer lugar a Hiroto (1974) que utilizó el modelo de Seligman pero cambian

do el shock inescapable por un ruido inescapable. La situación de shock escapable fue replicada por un ruido que el sujeto podía eliminar pulsando un interruptor. La tarea posterior que ambos grupos debían solucionar consistió en la solución de anagramas. El rendimiento en esta tarea fue siempre superior en el grupo sometido a ruido que se podía eliminar, por encima del grupo sometido a ruido inescapable.

Otros estudios con humanos como los de Klein y Seligman (1976), Miller y Seligman (1975), Hiroto y Seligman (1975), Maier y Seligman (1976) entre otros, en los que en algunos casos se utilizan situaciones aversivas a los sujetos de las que éstos no podían escapar, y en otros se sustituyó la situación aversiva por tener que solucionar problemas insolubles, llevaron a la conclusión de que en el caso de los sujetos normales, el organismo se apropia del entorno y automáticamente predice los eventos contingentes que sucederán a sus respuestas. En el caso del desvalimiento aparece una independencia entre las respuestas y los eventos o consecuencias, dándose éstos independientemente de las respuestas emitidas por el sujeto. Asimismo, los sujetos normales elaboran continuamente expectativas sobre lo que ocurrirá en relación con las conductas por ellos emitidas, mientras que en el caso de los sujetos desvalidos, el bloque y la información aberrante que reciben, actuarán de forma aberrante sobre tres niveles: emocional o afectivo, motivacional y cognitivo.

Sobre el nivel emocional porque el primer evento traumático en la primera ocasión, produce un cierto miedo. Si el sujeto aprende a controlar el trauma y saca sus consecuencias que le sirven para controlar su próxima situación traumática, el miedo será reducido y desaparecerá en análogas situaciones futuras. Ahora bien, si no se aprende a controlarlo en las siguientes situaciones, el miedo irá en aumento hasta que se convierta en una respuesta penosa y maladaptada que a nada conduce, en cuyo caso es reemplazado por la depresión.

Sobre el nivel motivacional porque si las respuestas espontáneas y/o voluntarias no generan consecuencias, es decir, éstas son independientes de aquéllas, tenderán a disminuir, ya que no tienen sentido ni finalidad. Surge así la pasividad y la inhibición. El hombre deja de interactuar con el ambiente porque no le invita a nada y además no puede ejercer ningún control sobre él.

Sobre el nivel cognitivo porque la independencia de las respuestas respecto de las consecuencias generadas, llega a interferir el aprendizaje futuro de posibles respuestas que no sean independientes, de lo que derivará una poderosa convicción acerca de la ineficacia de las propias respuestas. Una vez que un hombre o un animal ha tenido cierta experiencia con la incontrollabilidad, tiene dificultad para aprender que su respuesta ha salido bien, incluso cuando ésta es

exitosa en ese momento. La incontrolabilidad, distorsiona la percepción del control.

La existencia de un estado cognitivo negativo -- producido por la independencia entre respuestas y consecuencias fructifica en un profundo principio de la teoría del aprendizaje. Según los investigadores del desvalimiento, tanto los hombres como los animales, -- pueden perfectamente aprender que la respuesta y la -- consecuencia son independientes la una de la otra, si es que efectivamente se presentan de esta manera, y -- una forma en la que se manifiesta este aprendizaje es la dificultad que luego tienen los sujetos y animales que lo han asimilado para apreciar que esa respuesta y esa misma consecuencia sí que son dependientes cuando así se presentan, (Seligman, 1975), punto este que intentaremos comprobar en la parte experimental de esta tesis, ya que existen algunas discrepancias al respecto, como por ejemplo la postura de Rescorla (1967) defendiendo que la independencia entre respuesta y -- consecuencia constituye una condición neutral en la -- que nada se aprende. Sin embargo, otros autores como Thomas y colaboradores (1970), Mellgren y Ost (1971), Kenler y Shepp (1971) y MacKintosh (1973) replicaron a Rescorla, encontrando en sus investigaciones que -- esa independencia de la que hablamos dificulta el -- aprendizaje posterior. La independencia entre dos estímulos lleva consigo el aprendizaje, que interrumpe y retarda la habilidad de los animales y los hombres

para aprender más adelante que un estímulo depende de otro. Esta conclusión concuerda con la de Seligman y sus colaboradores que se refiere a que la independencia entre respuesta y consecuencia distorsiona la percepción de que la respuesta tiene consecuencias contingentes.

EL DESVALIMIENTO APRENDIDO COMO MODELO DE DEPRESION

Seligman (1975) señala que en más de una ocasión diversos investigadores han descubierto en sus laboratorios desajustes conductuales, y han sugerido que estas conductas constituirían un cierto tipo de psicopatología natural. El autor añade que considera necesarias ciertas reglas para poder afirmar que un determinado hallazgo en un laboratorio tanto trabajando con animales como con humanos, constituye un modelo de una forma natural de psicopatología en el hombre y propone cuatro líneas que considera relevantes para poder evaluar que dos fenómenos son similares. Son las siguientes:

- A) Síntomas conductuales y fisiológicos.
- B) Etiología o causa.
- C) Cura.
- D) Prevención.

Si dos fenómenos son similares (en nuestro caso desvalimiento aprendido y depresión) en uno o dos de

los puntos anteriormente indicados, se puede medir el modelo mediante la búsqueda de similitudes predichas de antemano en los restantes apartados.

En lo que se refiere al desvalimiento aprendido, y la depresión, Seligman (1975) indica que el "Learned helplessness" tiene fundamentalmente similitudes con las depresiones reactivas, si bien sugiere que -- las depresiones endógenas tienen mucho en común con -- éstas desde un punto de vista psicológico. Aunque el autor no lo explica con claridad, parece poder deducirse de las afirmaciones anteriores que no descarta la posibilidad de que futuras investigaciones concluyan que también existen importantes similitudes entre el desvalimiento aprendido y las depresiones endógenas.

En cualquier caso, el modelo "Learned Helplessness" no necesita caracterizar todo el conjunto de -- las depresiones, sino únicamente aquéllas en que el -- individuo es lento en iniciar respuestas, creea que -- es impotente encontrándose desahuciado, y ve su futuro desierto. Depresiones que comenzaron desde el sufrimiento como una reacción por haber perdido el control sobre la gratificación y el alivio.

A) SINTOMAS DE LA DEPRESION Y DEL DESVALIMIENTO

APRENDIDO

Seligman (1975) propone los siguientes síntomas como similares entre la depresión y el "learned help-

lessness". A continuación enumeramos los mismos, y se guidamente explicamos los razonamientos del autor sobre cada uno de ellos.

- 1.- Baja tasa en respuestas voluntarias..
- 2.- Estado cognitivo negativo.
- 3.- Transcurso del tiempo.
- 4.- Disminución o carencia de agresión.
- 5.- Pérdida del apetito, del interés por el sexo y del interés por otras personas.
- 6.- Agotamiento de la noradrenalina.

1) Baja tasa en respuestas voluntarias.

Tanto las mujeres como los hombres depresivos tienden a no hacer demasiadas cosas, y si por ejemplo se les invita a que hagan algo, suelen contestar alegando que supone demasiado esfuerzo.

La baja tasa de respuestas se encuentra apoyada por algunos estudios experimentales sobre el retardo psicomotor en la depresión, así como por impresiones clínicas. Cuando a los depresivos se les miden una serie de tasas psicomotoras tales como - tiempo de reacción, se prueba significativamente - que son más lentos que los sujetos normales (Friedman, 1964; Martin y Rees, 1966; y Shapiro y Nelson, 1955). Para más detalle, los enfermos depresivos - realizan menos veces que antes aquéllas actividades que les gustaban (Lewinson y Libet, 1972).

Asimismo, la baja tasa de respuestas puede ser también la causa de otro tipo de déficits. Como apuntan los estudios de Payne (1961) y Walton y otros (1959), en lo que el C.I. de los enfermos de presivos hospitalizados descendió durante la enfermedad, y su habilidad para memorizar definiciones de nuevas palabras se deterioró, Seligman (1975) afirma que al realizar las pruebas que miden el C.I. y al memorizar palabras, es muy importante el grado de motivación del paciente. Si una persona piensa que no lo va a hacer bien, no lo intentará con la misma energía que si piensa lo contrario, y por lo tanto, no emitirá respuestas voluntarias tales como memorizar o multiplicar rápidamente con la misma eficacia que lo haría una persona que estuviese motivada. De esta forma, el conocimiento del desvalimiento puede producir aparentes déficits intelectuales en enfermos depresivos, de forma indirecta, a través de la falta de motivación.

Esta baja tasa de respuestas se manifiesta también en déficits sociales. Ekman y Friesen (1974), hicieron una serie de estudios filmados sobre los movimientos que con las manos hacen los depresivos en el curso de una tertulia o de una entrevista. A medida que el paciente va mejorando de su enfermedad, realiza más movimientos voluntarios y conscientes, como gestos que dan mayor énfasis a las palabras, y menos movimientos involuntarios e inconscientes como tics, rascarse la nariz o tirarse del pelo, lo que indica que su tasa de respuestas

voluntarias va aumentando.

Hay también otro tipo de respuestas sociales que presentan déficit, tales como contestar lentamente a un sencillo "buenos días", o ser incapaz de añadir a una simple contestación un "qué tal es tá usted". Déficit en definitiva, en todo tipo de relación interpersonal.

La baja tasa de respuestas voluntarias que define el "learned helplessness" es característica en la depresión y como hemos visto anteriormente produce pasividad, retardo psicomotor, lentitud intelectual y falta de respuestas sociales. En la parte experimental de este trabajo, trataremos de comprobar si efectivamente se producen estos déficits en ambos paradigmas.

2) Estado cognitivo negativo.

Los enfermos depresivos suelen creer que son menos efectivos de lo que en realidad son. Ven los pequeños obstáculos como barreras infranqueables y cualquier pequeña contrariedad que surge la ven como un completo fracaso, e incluso interpretan a menudo como tal, lo que objetivamente considerado es un éxito completo.

Friedman (1964) encontró que los pacientes depresivos rendían menos que las personas normales -

reaccionando ante una señal luminosa y necesitaban más tiempo que éstas para reconocer diversos objetos. Sin embargo, lo más llamativo de estos estudios fue la estimación subjetiva que los depresivos hicieron sobre su rendimiento ya que en general pensaron que lo habían hecho muy mal.

Seligman (1975) dice que si a un depresivo, después de un test se le pregunta cómo estuvo de lento en su realización, contesta que fue más lento de lo que en realidad fue, y postula que si el "learned helplessness" es un modelo de depresión, los mismos síntomas que se aprecian en ésta, serían los que tendría el desvalimiento producido por un ruido inescapable o problemas insolubles.

En este sentido, Miller y Seligman (1975), apuntaron que la falta de controlabilidad aumenta el tiempo que se necesita para resolver un anagrama, aumenta el número de errores hasta resolverlo y también el número de ensayos necesarios para adaptarse al modelo del mismo, síntomas éstos que se dan también en los sujetos depresivos. Estos resultados apoyan la similitud entre "learned helplessness" y depresión, siendo nuestro propósito plantear en la parte práctica de este trabajo un experimento similar, que refuerce o debilite estos hallazgos.

3) Transcurso del tiempo.

El tiempo juega un papel importante en casi todas las depresiones. En las reactivas el estado de ánimo se encuentra autolimitado, y terapéuticamente es muy importante para los pacientes saber que su desesperación finalizará si esperan el tiempo suficiente. Seligman (1975) afirma que cuando una persona es depresiva, tiene una negra visión del futuro, considerándose a sí misma desvalida o incurable. Sin embargo, varias semanas después, su estado cognitivo podría cambiar, únicamente por una razón de tiempo, y esta misma persona vería su futuro de forma más optimista, incluso en el caso de que las circunstancias siguiesen siendo las mismas. En el caso del "learned helplessness", el mismo autor considera que también desaparece con el tiempo.

4) Disminución o carencia de agresión.

Las personas depresivas están virtualmente faltas de hostilidad externa hacia otras personas, síntoma éste al que Freud y sus seguidores dieron tanta importancia que hicieron de él la base de su teoría sobre la depresión.

Seligman (1975), sin embargo, no ve este síntoma como causa de la depresión, tal y como hacen los psicoanalistas, sino que considera la agresión

como un sistema más de respuestas voluntarias que es debilitado por la creencia del paciente en la falta de control sobre los eventos, señalando que tanto la depresión por ocurrencia natural, como el desvalimiento aprendido reducen la competitividad y aumentan la pasividad. Estas conclusiones que potencian la teoría del "learned helplessness" como modelo de depresión se apoyan en los resultados experimentales de Kurlander, Miller y Seligman (1974). Estos, indicaron, por un lado, que aquéllos sujetos normales que habían sido sometidos a una prueba en la que se les provocaba una falta de control, resultaron posteriormente ser menos competitivos que los que no fueron expuestos a esta experiencia de incontrolabilidad. Por otro lado, tales resultados señalaron que en una comparación posterior, realizada esta vez entre depresivos y normales, éstos demostraron ser más competitivos que aquéllos.

5) Pérdida del apetito, del interés por el sexo y del interés por otras cosas.

Los depresivos experimentan una considerable pérdida del apetito, que generalmente va unida a una pérdida notable de peso.

También disminuye el interés sexual de estas personas, y en casos graves puede llegar a darse la impotencia.

Por último, estos sujetos pierden el interés por personas que en otro tiempo resultaron interesantes para ellos.

6) Agotamiento de la noradrenalina.

La hipótesis más sobresaliente sobre el origen fisiológico de la depresión es la llamada "hipótesis de las catecolaminas". Según ésta, surge un agotamiento de la noradrenalina en determinados lugares del sistema nervioso central de los depresivos. Esta teoría se corresponde con los hallazgos de Weiss y sus colaboradores (1970), que observaron que aquellos animales que habían sido sometidos a una situación aversiva inescapable sufrían un importante agotamiento de la noradrenalina. Como vemos, otra similitud entre la depresión y el desvalimiento aprendido.

Síntomas sin evidencia de que coincidan en la depresión y el "Learned Helplessness".

Además de los síntomas relatados anteriormente, Seligman (1975) dice que se han encontrado dos síntomas en el desvalimiento aprendido que pueden o no pueden corresponder a la depresión.

El primero es la úlcera de estómago, que según el autor, se da frecuentemente y con un alto índice de gravedad en ratas sometidas a shock incontrolable,

mientras que no ha llegado a su conocimiento ningún estudio que examine la relación entre las úlceras de estómago y la depresión.

El segundo consiste en que el shock incontrolable produce más ansiedad que el shock controlable, no existiendo una respuesta clara a la pregunta de si las personas depresivas son más ansiosas que las personas que no lo son. También en este sentido, los experimentos que realizaremos en este trabajo, podrán aportar nuevos datos que contribuyan modestamente a iluminar un poco más estas cuestiones.

Por último señalar que existen una serie de rasgos depresivos que no han sido aún suficientemente investigados en el "learned helplessness", tales como el desánimo, los sentimientos de culpa y auto-aversión, la pérdida de la alegría, los pensamientos de suicidio y el lloro. Nuevas investigaciones deberán ampliar los conocimientos en este terreno.

B) ETIOLOGIA DE LA DEPRESION Y EL "LEARNED HELPLESSNESS"

El "learned helplessness" es causado mediante el aprendizaje de que la respuesta es independiente de la consecuencia. Es decir, el aprendizaje de que la acción sobre una consecuencia determinada es inútil. Por otro lado, el fracaso escolar y en el trabajo, la muerte de un ser querido, el rechazo o la separación

de amigos, una enfermedad física, las dificultades económicas, enfrentarse a problemas sin solución, hacerse viejo y muchos otros constituyen eventos que crean depresiones reactivas, señalando Seligman (1975) que a menudo estas circunstancias suponen que el sujeto piensa que no tiene respuestas en su repertorio como para alcanzar sus deseos, siendo el conocimiento de su desvalimiento lo que causa su depresión. Otros autores como Bibring (1953), Lichtenberg (1957) y Melges y Bowly (1969), creen también que es este conocimiento del desvalimiento la causa central de la depresión.

Como hemos comentado en el capítulo anterior, los autores conductistas creen que la depresión es causada por una pérdida de refuerzos positivos o por un proceso de extinción. Sin embargo, el paradigma del desvalimiento aprendido se refiere a la independencia entre respuesta y refuerzo, lo que, según Seligman (1975) incluye el punto de vista de la extinción, y además sugiere que puede haber depresión incluso en condiciones en que se dan los refuerzos, si éstos se perciben independientemente de las respuestas. En definitiva, el "learned helplessness" sugiere que no es la pérdida de refuerzos, sino la falta de control sobre los mismos, lo que causa la depresión.

Un ejemplo en este sentido lo constituyen un número elevado de personas que, tras haber estado esforzándose durante años por conseguir una meta, finalmente la alcanzan, apareciendo tras el éxito una depre-

sión. Estos deprimidos, que son gente exitosa, dicen que no son recompensados por lo que hacen, sino por lo que han hecho o por lo que son. Una vez que han conseguido la meta por la que habían luchado, sus recompensas actuales llegan de forma independiente a sus respuestas.

C) CURA DE LA DEPRESION Y EL DESVALIMIENTO APRENDIDO

El reconocimiento de que las respuestas producen refuerzos es el mejor camino para superar el "learned helplessness". Tal y como se ha comentado anteriormente también desaparece con el tiempo. Asimismo, dejándola sin más, la depresión a menudo desaparece en varias semanas o varios meses, si bien hay terapias que han demostrado aliviar la depresión y que son consistentes con la teoría del "learned helplessness".

De acuerdo con este punto de vista, la meta principal de la terapia exitosa debería ser hacer que el paciente llegase a creer que sus respuestas producen la gratificación que él desea, es decir, que es un ser humano efectivo.

La terapia cognitiva de Beck (1967, 1970) y Beck y sus colaboradores (1979), se dirige hacia metas similares, ya que trata de cambiar el estado cognitivo negativo, por otro más positivo. Beck (1967) sugiere

que la primera tarea del terapeuta es cambiar las expectativas negativas del paciente depresivo, por otras más óptimas, gracias a las cuales el paciente llegará a creer que sus respuestas le producirán el resultado que desea.

Otras terapias cognitivo-conductistas han tenido éxito en el alivio de la depresión dotando a los pacientes de control sobre consecuencias importantes. Así, por ejemplo, mediante el entrenamiento asertivo, el paciente ensaya cómo controlar una serie de consecuencias que plantea la vida, mediante sus respuestas sociales.

Seligman y sus colaboradores han utilizado quizá de manera preferente el método de Burgess (1969) que en líneas generales consiste en que el sujeto depresivo realice una tarea fácil en la que obtenga éxito. Gradualmente, la tarea se va complicando y el paciente debe ir superándola a medida que esto sucede.

D) PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y DEL "LEARNED HELPLESSNESS"

El desvalimiento aprendido puede prevenirse si el sujeto domina las consecuencias, antes de que sean incontrolables.

La mayoría de la gente pierde el control sobre al

gún hecho que significa algo importante, tal como la muerte de los padres, el rechazo de la persona amada, etc. Todo el mundo en estos casos se encuentra al menos, leve y transitoriamente deprimido, y sin embargo algunos superan este estado y otros tienen que ser hospitalizados por largos períodos.

En general, la historia de la vida de aquellos sujetos que sin ser particularmente resistentes a la depresión, la superan fácilmente, se caracteriza por su dominio. Estas personas normalmente han tenido muchas experiencias, en las que han controlado y manipulado las causas de los refuerzos en sus vidas, y por lo tanto, ven el futuro con optimismo. Sin embargo, aquellas personas que son particularmente susceptibles ante la depresión, es probable que hayan tenido unas vidas relativamente exentas de dominio, es decir, en las que se han planteado muchas situaciones sobre las que no han podido tener control respecto a las causas del sufrimiento o el alivio. Por otro lado, personas que siempre han tenido éxito son también especialmente susceptibles a la depresión. Tener demasiado éxito controlando los refuerzos es igual que tener demasiado poco. Ambas cosas no permiten el desarrollo y la utilización de las respuestas para competir con el fracaso (Seligman, 1975).

CONSIDERACIONES RESPECTO AL "LEARNED HELPLESSNESS"

En este apartado comentaremos la incidencia del desvalimiento aprendido en tres áreas que consideramos de interés general, y en las que, a pesar de los pocos trabajos experimentales que se han realizado hasta el momento, los autores de la teoría hacen un hincapié - especial.

1. EL DESVALIMIENTO EN LOS NIÑOS

Afirma Seligman (1975) que los niveles emocional y motivacional son más moldeables por el ambiente - que el nivel cognitivo, y añade que la combinación de ciertas contingencias ambientales puede llegar a conseguir, por un lado, niños desvalidos o que creen que - sus respuestas son inefectivas, y por otro, niños que consideran tienen un control o dominio sobre las consecuencias.

El que un niño se considere desvalido o por el - contrario, considere que sus respuestas son eficaces, influye considerablemente en el desarrollo de sus aptitudes y, como consecuencia, en su futuro como persona adulta. Además, en opinión del mismo autor, una - persona es moldeada por su experiencia con eventos - controlables e incontrolables en la medida que cree - en su propio desvalimiento o dominio.

Los primeros años de la vida de un niño son importantes para adquirir un sentido de dominio sobre los eventos, o un desvalimiento en diversos grados. La experiencia pasada poco a poco va determinando qué grado van adquiriendo ese dominio o ese desvalimiento. Si un niño lucha en el colegio contra todos, y siempre pierde, en sus primeros intentos probablemente no se consideraría derrotado hasta una vez finalizada la pugna, en que efectivamente esto sucedía. Sin embargo, después de muchas derrotas, lo más probable es que este niño se considere derrotado incluso antes de empezar. La mayor o menor facilidad con que él se considera derrotado de antemano, depende de la regularidad con que él ha vencido o ha sido derrotado en anteriores ocasiones. Estas experiencias de éxito o fracaso que van moldeando su sentido de dominio o desvalimiento, pueden darse más o menos pronto en la vida, y con una mayor o menor frecuencia e intensidad. Estos tres factores, según Seligman (1975), determinan la fuerza del estado emocional y motivacional del niño, y más tarde, del adulto.

A medida que el niño va madurando, va adquiriendo más respuestas voluntarias, siendo de gran importancia que aprenda que éstas son efectivas y que, en general, hay una sincronización entre respuestas y consecuencias. Cuando esa sincronización no existe, el niño está desvalido, dejando de emitir esa respuesta y aprendiendo además que ésta no tiene relevancia alguna. Este aprendizaje tiene las mismas consecuen-

cias que el desvalimiento en los adultos, es decir, - poca iniciativa en respuestas voluntarias, un estado cognitivo negativo, ansiedad y depresión, si bien todos estos síntomas resultan mucho más graves en la niñez, por ser ésta la base de las estructuras emocional y motivacional para el resto de la vida.

En este sentido son importantes los estudios de Dweck (1977), que le llevan a sostener que el desvalimiento en la niñez puede predecir la depresión en los adultos, añadiendo que los niños desvalidos son - tan competentes como los demás hasta que encuentran - adversidades, y sus respuestas instrumentales se deterioran en gran medida. Para algunos de estos niños estas adversidades no tienen en la niñez la magnitud necesaria como para crearles un serio problema en su adaptación, pero estas situaciones les dotan de cierta vulnerabilidad cuando son adultos. En otros casos de niños desvalidos se da la circunstancia de que han luchado contra el desvalimiento y han triunfado, por ejemplo aprendiendo a controlar eventos negativos, lo que supone que éste no sea causa de depresión en la edad adulta. Por último, tenemos aquellos niños que no han tenido un desvalimiento importante durante la niñez, y que por lo tanto, en principio se puede prever que tienen un buen seguro para épocas posteriores.

Los niños que crecen en el ambiente de ciertas instituciones sufren en muchos casos graves perjuicios de tipo psicológico, siendo un factor común a ca

si todos ellos; la falta de control sobre las consecuencias de sus respuestas. Spitz (1946) hizo una serie de estudios con niños que vivían en instituciones desde los primeros meses de vida, encontrando que éstos estaban continuamente apartados de los demás, eran menos emotivos, mostraban un rostro frío e inmóvil y aparentemente no percibían nada del ambiente que les rodeaba. De los noventa niños observados por Spitz, treinta y cuatro murieron antes de los tres años, y el resto resultó con graves depresiones y otros trastornos.

Este fenómeno ha sido llamado "Depresión analítica" y "Hospitalismo", y puede surgir en primer lugar, por la acción de la madre que ha tenido una buena relación con su hijo hasta los seis o dieciocho meses - en que el niño ha pasado a vivir en una institución, y, en segundo lugar, debido al tipo de vida que llevan estos niños en tales instituciones. Algunos de estos muchachos están allí desde sus primeros días y - tienen una mínima interacción con los adultos, siendo bastante mecánico este leve contacto.

Diversos estudios de otros autores demuestran que efectivamente aquellos niños carentes de una estimulación suficiente, y de una interacción adecuada con - los adultos y con otros niños presentan deficiencias intelectuales notables con respecto a los restantes - niños (Dennis y Najarian, 1957; Dennis, 1960 y 1973; G. Alcañiz y Buceta, 1979).

Un niño privado de la suficiente estimulación es un niño privado de control sobre la estimulación, y Seligman (1975) sugiere que es esta falta de control y no la falta de estimulación en sí misma la que produce los efectos anteriormente comentados.

Del mismo modo insiste Seligman (1975) en que la madre tiene una participación decisiva en el desarrollo, ya que el sentido de dominio o desvalimiento del niño se desarrolla a partir de la información que proviene de las respuestas de la madre a las acciones de aquél. Sin embargo, esto no quiere decir que la madre no pueda ser sustituida adecuadamente, ya que una sustituta que desempeñe el papel de forma "mecánica", pero que facilite al niño las sincronías que necesita y le haga ser consciente de que controla sus consecuencias, puede contribuir a evitar el desvalimiento. El único problema, es que estas profesionales especializadas en este tipo de entrenamiento, escasean en gran medida.

Asimismo, es también importante que la madre exponga de vez en cuando al niño a situaciones que le creen un pequeño conflicto, siempre y cuando éste pueda ser superado por aquél. Estos conflictos crearán en él un cierto estado de frustración y ansiedad que al ser combatida con sus propias acciones, aumentará su sentido de efectividad. Si alguna de esas frustraciones se queda por resolver, o los padres la resuelven por él, el desvalimiento crecerá.

Un punto a tener también en cuenta es la aplicación de la teoría de la señal de seguridad que ya hemos comentado en el capítulo anterior. Es frecuente, por ejemplo, que muchos padres tiendan a desaparecer por sorpresa cuando el niño está entretenido con algún quehacer, con el fin de evitar que éste manifieste su disconformidad mediante lloros y protestas al ver que ellos se van y él se queda. Esta conducta de los padres generará probablemente un continuo estado de ansiedad en el niño que teme continuamente que sus padres le abandonen. Si, por el contrario, cada vez que los padres salen de casa utilizan un cierto ritual éste cumplirá la función de señal de seguridad, por lo que, en el momento de la partida el niño probablemente se excitará a un alto nivel, pero cuando esa señal no se produzca será un niño tranquilo. Esta forma de actuar se puede utilizar ante cualquier otro evento no deseable por el niño (Seligman, 1975).

2. RELACION ENTRE POBREZA Y DESVALIMIENTO

Otra consideración de Seligman (1975) consiste en que unos bajos ingresos restringen las oportunidades que un sujeto tiene y frecuentemente exponen a éste a una independencia entre esfuerzo y consecuencia, lo que generalmente implica que un niño que se ha criado en la pobreza, estará expuesto a una gran falta de controlabilidad. Así, cuando llora para que le cambien los pañales, su madre puede que esté demasiado ocupa-

da y no le pueda atender adecuadamente, o si tiene -- hambre y pide comida puede que se le ignore, o que en definitiva no satisfagan del todo su necesidad por -- una carencia de medios. La pobreza trae consigo fre-- cuentes o intensas experiencias de incontrolabilidad, y además, el sistema de bienestar social que existe -- en muchos países, a pesar de estar montado con la me-- jor intención, favorece esta incontrolabilidad que én gendra la pobreza, ya que no son las acciones de las personas en cuestión las que constituyen la fuente -- que les permite vivir.

También las multitudes asociadas a la pobreza, -- constituyen otro mecanismo que aumenta la incontrola-- bilidad. Rodin (1974) analizó este factor seleccionan-- do niños entre seis y nueve años. Los niños diferían entre sí en el número de personas entre dos y diez, -- que compartían el apartamento de tres habitaciones en que vivían. No diferían ni en C.I. ni en tipo de ve-- cindario, ni en clase social o nivel de ingresos. To-- dos ellos recibían una serie de recompensas que luego podían cambiar por distintos tipos de dulces. Al lle-- gar este momento, podían elegir ellos mismos los dul-- ces que querían, o pedirle al experimentador que se los eligiese él. Los niños que vivían únicamente con otras dos personas, querían siempre seleccionar ellos mismos los dulces. A mayor número de personas viviendo con un niño, mayor era la petición al experimentador para que eligiese los dulces. El autor sugirió que la multitud produce un sentido de desvalimiento que minimiza la ha bilidad del niño para hacer elecciones activas.

Otro experimento hecho por Goeckner y sus colaboradores (1973) en el que las ratas agrupadas en multitudes no pudieran escapar y evitar el shock unido a los hallazgos de Rodin y a las conclusiones de Miller y Seligman (1975), podrían sugerir que las multitudes pueden producir depresión y desvalimiento.

Como punto final, podemos señalar que, para romper el círculo vicioso en el cual la pobreza produce desvalimiento, pero a su vez este desvalimiento hace que las personas pobres sigan siéndolo debido a la creencia de que las consecuencias no están bajo su control, es necesario que éstas tengan experiencias en las que obtengan éxito, debiendo ser éste percibido por la persona pobre como el resultado de su propia habilidad y competencia y no como consecuencia de la benevolencia de los demás.

3. MUERTE PRODUCIDA POR DESVALIMIENTO

Diversos miembros de una variedad de especies entre los que se encuentra la humana, parece que mueren a partir de un estado de desvalimiento. En tales casos el individuo en cuestión pierde el control sobre eventos que le importan. Conductualmente reacciona con depresión, pasividad y sumisión. Subjetivamente se encuentra desvalido y desahuciado. Consecuentemente, una muerte inesperada se produce, y la causa, según Seligman (1975), no es otra que la percepción de la

incontrolabilidad.

Diversos autores investigaron las consecuencias de la privación psicológica en la enfermedad física. En sus estudios, el desvalimiento pareció debilitar - la resistencia de los individuos a las enfermedades - físicas. Engel (1971) nos habla de ciento setenta casos de muerte repentina durante períodos de tensión - psicológica recopilados durante seis años. Este autor divide los estados psicológicos en que se produjeron esas muertes en ocho categorías de las cuales cinco se refieren a un estado de desvalimiento. Son las siguientes:

- 1). La ruina o muerte de un ser querido.
- 2). Un dolor muy penetrante.
- 3). Ser amenazado con la pérdida de un ser querido.
- 4). Luto o aniversario de la muerte de un ser querido.
- 5). Pérdida de status y auto-estima.

En este estudio, la causa inmediata de las muertes es generalmente un fallo del corazón, que puede - producirse tanto por un estado de pasividad, como por un estado de agitación, siendo el desvalimiento y la falta de esperanza las emociones que prevalecen en estas personas en el momento de morir.

A continuación comentaremos brevemente algunos -

datos interesantes de estas investigaciones:

- De las cincuenta y una mujeres que padecían -
cierta propensión a un tipo de cáncer, dieciocho ha--
bían tenido pérdidas muy significativas en los últi--
mos seis meses, a lo que respondieron con sentimien--
tos de falta de esperanza. El resto no había tenido -
este tipo de problemas. De las dieciocho primeras, on
ce desarrollaron el cáncer, mientras que sólo ocho lo
hicieron entre las treinta y tres restantes (Schmale,
1966).

- Cuatro mil quinientos viudos de cincuenta y -
cinco años o más fueron observados. Durante los prime
ros seis meses después de la pérdida de sus mujeres,
doscientos trece murieron, lo que supone el 40% por -
encima del índice de mortalidad en estas edades. A -
partir de los seis meses, el índice de mortalidad vol
vió a su normalidad. (Parkes, Benjamín y Fitzgerald, -
1969).

- La muerte repentina de veintiseis trabajadores
de una fábrica fue investigada intensamente. La depre
sión pareció ser el estado predominante en esas perso
nas (Greene, Goldstein y Moss, 1972).

- Veintiseis personas tuvieron la gripe en un -
cuartel durante una epidemia. Doce de estas personas,
tres meses después, todavía tenían síntomas de esta -
enfermedad. Seis meses antes todas las personas del -

cuartel habían realizado una batería de tests de personalidad. Los doce sujetos anteriormente citados estaban entre aquéllos insignificamente más depresivos según las pruebas realizadas seis meses antes de la epidemia de gripe (Imboden, Cantor y Cluff, 1961).

Algunas de estas investigaciones no se refieren exactamente a casos de muerte, pero sí apoyan la hipótesis de que la depresión pospone la recuperación de diversas infecciones.

Aunque en la mayoría de estos estudios hay algunas dificultades metodológicas, suponen un interesante punto de partida hacia una teoría basada en que el desvalimiento parece hacer a las personas más vulnerables a las enfermedades, algunas de ellas mortales, - que continuamente nos acechan.

Otro factor importante es la relación habitual - entre el médico y el paciente, que generalmente no es la más adecuada para proporcionarle a éste un sentido de control. El doctor "sabe todo" y generalmente dice muy poco. El paciente se sienta "pacientemente y confía en que el doctor le ayude". Esta pérdida de control puede debilitar más aún a una persona físicamente enferma y causarle la muerte.

En un estudio con pacientes que padecían cáncer y fueron hospitalizados, aquéllos que llegaron al hospital directamente desde sus casas, murieron antes -

que los que llegaron de otros hospitales (Shulz y Aderman, 1973). Los autores de este estudio sugieren que la falta de control de estos pacientes al cambiar tan repentinamente de situación, produjo un estado de desvalimiento y contribuyó a una muerte más temprana.

Vemos pues, que a los pacientes hospitalizados - debería dárseles un mayor control sobre todos los aspectos de sus vidas diarias.

Las prisiones y los campos de concentración llevan también consigo un tipo de vida que se caracteriza por la falta de control y, como consecuencia, el desvalimiento, la falta de esperanza, y en un alto número de casos, la muerte.

Muerte por desvalimiento en la tercera edad

En la sociedad en que vivimos se fuerza a las personas mayores a que se retiren a una determinada edad, aún teniendo todavía capacidad para realizar tareas de responsabilidad, y se les margina no sólo en el ámbito social, sino también en el familiar, haciéndoles sentirse inútiles e incluso enviándoles a vivir a casas de ancianos.

Seligman (1975) afirma que en los Estados Unidos se priva a las personas mayores de control sobre la mayoría de los eventos de sus vidas, y que por lo tanto, se precipita su muerte. Pinillos (1980), hablando

no ya de un país, sino de la sociedad industrial en general, sugiere que las personas mayores se encuentran deprivadas de sentirse útiles a los demás y esto les crea un estado de depresión.

Ferrari (1962) realizó un estudio con cincuenta y cinco señoras de más de sesenta y cinco años que habían solicitado una plaza en una casa de ancianos. A todas ellas se les preguntó si lo habían solicitado con completa libertad o si no les había quedado otro remedio que hacerlo. De las diecisiete mujeres que dijeron que no habían tenido otra alternativa, ocho murieron a las cuatro semanas siguientes a su internamiento y otras seis, en las diez primeras semanas. De las treinta y ocho restantes sólo una murió en este período de tiempo. En otra muestra de cuarenta mujeres que solicitaron su admisión, pero que nunca llegaron a entrar porque murieron antes, de las veintidos cuyas familias hicieron la solicitud, diecinueve murieron al mes siguiente de haber sido aceptada ésta. Sin embargo, de las dieciocho que solicitaron por sí mismas la entrada, sólo cuatro murieron en ese tiempo.

Es evidente que en estos datos pueden influir otros factores que no han sido controlados, tales como los diferentes niveles de salud física, pero en cualquier caso, los resultados anteriormente expuestos, reflejan en una importante medida el efecto del desvalimiento en las personas mayores.

NOTAS

BECK, A.T. (1967). "Depression: Causes and Treatment". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1967). "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects". New York: Hoeber.

BECK, A.T. (1970). "Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy". Behavior Therapy, - - 184-200.

BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G. (1979). "Cognitive Therapy of Depression". The Guildford Press.

BIBRING, E. (1952). "The Mechanism of Depression". In P. Grenacre, (ed.) Affective Disorders. International Universities Press.

BURGESS, E.P. (1969). "The Modification of Depressive Behaviors". En R.D. Rubin y C.M. Franks (Eds.) Advances in Behavior Therapy. N.Y. Academic Press.

DENNIS, W. (1960). "Causes of Retardation Among Institutional Children". Journal of Genetic Psychology, 96.

DENNIS, W. (1973). "Children of the Creche". Appleton-

Century. New York.

- DENNIS, W. y NAJARIAN, P. (1957). "Infant Development Under Enviromental Handicap". Psychological Monographs, 71, v. 436.
- DWECK, C.S. (1977). "Learned Helplessness: A Developmental Approach". Depression in Childhood; Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Edited by - J.G. Schulferbrandt and A. Raskin-Raven Press. - New York, 135-138.
- EKMAN, P. y FRIESEN, W.V. (1974). "Nonverbal Behavior and Psychopathology". In R.J. Friedman and M.M. - Katz (eds.). The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.
- ENGEL, G.L. (1971). "Sudden and Rapid Death During Psychological Stress, Folklore or Folkwisdom?". Annals of Internal Medicine, 74, 771-782.
- FERRARI, N.A. (1962). "Institutionalization and Attitude Change in an Aged Population: A Field Study - and Dissidence Theory". Unpublished Doctoral Dissertation". Western Reserve University.
- FRIEDMAN, A.S. (1964). "Minimal Effects of Severe Depression on Cognitive Functioning". Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 237-243.

G^a ALCANIZ, E. y BUCETA, J.M. (1979). "Influencia de la Institucionalización durante los Primeros Años de Vida, en el Rendimiento Escolar y la Inteligencia" Comunicación presentada en el I Congreso de la Sociedad Valenciana de Análisis y Cambio de Conducta.

GOECKNER, D.J., GREENOUGH, W.T. y MEAD, W.R. (1973). - "Deficits in Learning Tasks Following Chronic - - Overcrowding in Rats". Journal of Personality and Social Psychology, 28, 256-261.

GREENE, W.A., GOLDSTEIN, S. y MOSS, A.J. (1972). "Psychosocial Aspects of Sudden Death". Archives of - Internal Medicine, 129, 725-731.

HIROTO, D.S. (1974). "Locus of Control and Learned - - Helplessness". Journal of Experimental Psychology, 102, 187-193.

HIROTO, D.S. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Generality of Learned Helplessness in Man". Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

IMBODEN, J.B., CANTOR, A. y CLUFF, L.E. (1961). "Convalescence from Influenza: The Study of the Psychological and Clinical Determinants". Archives of - Internal Medicine, 108, 393-399.

KEMLER, D. y SHEPP, B. (1971). "The Learning and Trans

fer of Dimensional Relevance and Irrelevance in -
Children". Journal of Experimental Psychology, 90,
120-127.

KLEIN, D.C. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Reversal and -
Performance Deficits and Perceptual Deficits in -
Learned Helplessness and Depression". Journal of
Abnormal Psychology, 55, 11-26.

KURLANDER, H., MILLER, W. y SELIGMAN, M.E.P. (1974). -
"Learned Helplessness, Depression and Prisoner's
Dilemma". Submitted.

LEWINSOHN, P. y LIBET, J. (1972). "Pleasant Events, Ac-
tivity Schedules and Depressions". Journal of Ab-
normal Psychology, 79, 291-295.

LICHTENBERG, P. (1957). "A Definition and Analysis of
Depression. A.M.A.". Archives of Neurology and -
Psychiatry, 77, 519-527.

MAC KINTOSH, N.J. (1973). "Stimulus Selection: Learning
to Ignore Stimuli That Predict no Change in Rein-
forcement". En R.A. Hinde y J. Stevenson-Hinde -
(eds.). Constraints on Learning. Academic Press, -
75-100.

MAIER, S.F., ALBIA, R.W. y TESTA, T. (1973). "Failure
to Learn to Escape Shock in Rats Previously Expo-
sed to Inescapable Shock Depends on Nature of Es-

- cape Response". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 85, 581-592.
- MAIER, S.F. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Learned Helplessness: Theory and Evidence". Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.
- MAIER, S.F., SELIGMAN, M.E.P. y SOLOMON, R.L. (1969). "Pavlovian Fear Conditioning and Learned Helplessness". In B.A. Campbell and R.M. Church (Eds), - Punishment. New York: Appleton-Century-Crofts, - 299-343.
- MARTIN, I. y REES, L. (1966). "Reaction Times and Somatic Reactivity in Depressed Patients". Journal of Psychosomatic Research, 9, 375-382.
- MELGES, F.T. y BOWLY, J. (1969). "Types of Hopelessness in Psychopathological Process". Archives of General Psychiatry, 20, 690-699.
- MELLGREN, R.L. y OST, J.W.P. (1971). "Discriminative - Stimulus Pre-exposure and Learning of an Operant Discrimination in the Rat". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 77, 179-187.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression - and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.

- OVERMIER, J.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1967). "Effects of Inescapable Shock Upon Subsequent Escape and Avoidance Learning". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 23-33.
- PARKES, M.C., BENJAMIN, B. y FITZGERALD, R.G. (1969). "Broken Heart: A Statistical Study of Increased Mortality Among Widowers". British Medical Journal, 1, 740-743.
- PAYNE, R.W. (1961). "Cognitive Abnormalities". In H.J. Eysenck (Ed), Handbook of Abnormal Psychology. - New York: Basic Books, 193-261.
- PINILLOS, J.L. (1980). "Prevención de la Depresión en la Tercera Edad". Curso Monográfico "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión". Fundación Ciencias y Letras. Madrid.
- RESCORLA, R.A. (1967). "Pavlovian Conditioning and its Proper Control Procedures". Psychological Review, 74, 71-79.
- RODIN, J. (1974). "Growth, Perceived Choice and Response to Controllable and Uncontrollable Outcomes". Journal of Experimental Social Psychology.
- ROSELLINI, R.A. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Frustration and Learned Helplessness". Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, vol. 104, nº2, 149-157.

- SCHMALE, A. y IKER, H. (1966). "The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer". Annals of the New York Academy of Sciences, 125, 807-813.
- SCHULZ, R. y ADERMAN, D. (1973). "Effect of Residential Change on the Temporal Distance to Death of Terminal Cancer Patients", Omega: Journal of Death and Dying, 2, 157-162.
- SELIGMAN, M.E.P. (1968). "Chronic Fear Produced by Unpredictable Shock". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 66, 402-411.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression, Development, and Death". San Francisco: Freeman.
- SELIGMAN, M.E.P. y BEAGLEY, G. (1975). "Learned Helplessness in the Rat". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 88, 534-541.
- SELIGMAN, M.E.P. y MAIER, S.F. (1976). "Failure to Escape Traumatic Shock". Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9.
- SELIGMAN, M.E.P., MAIER, S.F. y SOLOMON, R.L. (1971). "Unpredictable and Uncontrollable Aversive Events". En F.R. Brush (ed). Aversive Conditioning and Learning. N.Y. Academic Press.
- SELIGMAN, M.E.P. y MEYER, B. (1970). "Chronic Fear and

Ulcers as a Function of the Unpredictability of -
Safety". Journal of Comparative and Physiological
Psychology, 73, 202-207.

SHAPIRO, M.B. y NELSON, E.H. (1955). "An Investigation
of the Nature of Cognitive Impairment in Co-Opera
tive Psychiatric Patients". British Journal of Me
dical Psychology, 28, 239-256.

SPITZ, R.A. (1946). "Analitic Depression". In A. Freud
(Ed.). The psychoanalytic Study of the Child, 2, -
313-342. International Universities Press.

THOMAS, D.R., FREEMAN, F., SVINICKI, J.G., BURR, D.E.
y LYONS, J. (1970). "Effects of Extradimensional
Training on Stimulus Generalization". Journal of
Experimental Psychology, 83, 1-22.

WALTON, D., WHITE, J.G., BLACK, D.A. y YOUNG, A.J. -
(1959). "The Modified Word-Learning Test: A Cross
Validation Study". British Journal of Medical Psy
chology, 32, 213-220.

WEISS, J.M., STONE, E.A. y HARRELL, N. (1970). "Coping
Behavior and Brain Norepinephrine Level in Rats".
Journal of Comparative and Physiological Psycholo
gy, 72, 153-160.

94

CAPITULO 4

APROXIMACION SOCIAL AL ORIGEN

DE LA DEFRESION

Presentamos en este capítulo otro enfoque distinto en el estudio de la depresión, en el que se analizan diversas circunstancias sociales que están relacionadas con la aparición de la misma. En definitiva, como podrá comprobar el lector, se trata de acontecimientos graves y dificultades importantes que surgen en la vida de las personas, sin que éstas puedan ejercer control alguno sobre los mismos mediante las respuestas de sus repertorios, tal y como indica la teoría del "Learned helplessness".

Esta aproximación social al origen de la depresión se centrará fundamentalmente en el extenso estudio de Brown y Harris (1978) con una amplísima muestra de mujeres depresivas y normales de la población

de Camberwell en Inglaterra.

Los autores afirman que la mayoría de las depresiones se producen en presencia de un "agente provocador", como son los acontecimientos graves y las dificultades importantes que se presentan en la vida de las personas. También el pertenecer a la clase media o a la clase trabajadora tiene una cierta influencia en este sentido, y existen además ciertos factores que crean una mayor vulnerabilidad ante la alteración depresiva. Todos estos puntos son analizados detalladamente en las páginas siguientes.

AGENTES PROVOCADORES

1. ACONTECIMIENTOS GRAVES

En su estudio, Brown y Harris (1978) dicen que las pérdidas y los contratiempos son los rasgos distintivos más importantes de la mayoría de los acontecimientos que son causa de una depresión, y, por supuesto, son exactamente los tipos de eventos que se esperaría produjesen sentimientos de depresión. Los resultados de su investigación indican que las tres cuartas partes de los acontecimientos graves comprenden una pérdida de las que analizamos a continuación:

1).- Separación o amenaza de separación.

-Constituyen una cuarta parte del total de las

pérdidas.

- Dentro de este grupo, la tercera parte fueron muertes y el resto separación del marido, del novio, de un amigo íntimo o de un niño.

En la mayoría de los casos, la separación consistió en una pérdida total de contacto, si bien, hubo algunas excepciones, como por ejemplo en el caso de un hijo que se fue a vivir lejos de su madre viuda.

2).- Revelación de algún aspecto que se considera negativo sobre alguna persona muy allegada que fuerza a hacer una nueva evaluación de esa persona y de la forma de relacionarse con ella.

- Se dieron casos como la recomendación de que llevasen a un hijo a un colegio especial por padecer un cierto retraso, el descubrimiento de que su marido les era infiel, o que su hija había estado robando en la propia casa familiar durante algún tiempo.

3).- Enfermedad que puede costarle la vida a una persona muy allegada.

4).- Pérdida o contratiempo material, o la amenaza de que éstos pudiesen ocurrir.

--Los casos se refirieron a amenaza de pérdida o pérdida real de un trabajo, o la pérdida de esperanza de tener una casa o una posesión importante.

5).- Cambio forzado de residencia o la amenaza -

de que fuese a suceder.

6).- Conjunto de crisis diversas que comprende - algún elemento de pérdida o contratiempo.

- Por ejemplo, la obtención de la separación - legal.

Las personas que han pasado por uno de estos acontecimientos que llevan consigo una pérdida, en el caso de que llegasen a desarrollar una depresión lo harían en la mayoría de los casos, al cabo de algún tiempo, mientras que, por el contrario, aquellos acontecimientos que tienen un período de amenaza corto, muy raramente comprenden alguna pérdida. Son contratiempos y suelen consistir en lo siguiente:

- Enfermedades o accidentes cuyo período de amenaza ha finalizado con creces en una semana.

- Algún contacto con la policía o con algún juicio.

- Nacimientos en los que ha habido algún tipo de complicación física.

- Haber presenciado serios accidentes.

- La complicación directa en la muerte de alguien que no era ni un pariente allegado ni un amigo de confianza.

- El recuerdo de pequeñas crisis como el haber presenciado una pelea en un "pub" en la que se produjeron heridas graves con vasos rotos.

Así pues, los acontecimientos graves principal--mente llevan consigo pérdidas y contratiempos, apareciendo la ansiedad y la depresión en muchos casos como respuestas a estos eventos, que se caracterizan generalmente por las escasas posibilidades de control sobre las consecuencias de los mismos, postulado éste que coincide con el del desvalimiento aprendido. Estos acontecimientos, en algunos casos son la auténtica causa de la depresión, mientras que en otros se limitan a impulsar hacia este estado a personas que probablemente ya tenían una cierta predisposición hacia ella.

Los acontecimientos en muchos casos no ocurren - de forma aislada, y según señalan los resultados del estudio de Brown y Harris (1978), hay un cierto aumento en el riesgo de depresión cuando se dan tres o más acontecimientos graves, si bien los propios autores - consideran que es necesaria una mayor evidencia experimental que sostenga estos hallazgos. En este sentido es probable que mediante las pruebas de esta tesis podamos recoger algunos datos que confirmen o no este punto. Siguiendo con el mismo señalaremos que existen acontecimientos que están tan relacionados entre sí, que prácticamente llegan a constituir un mismo acontecimiento, lo que supone que no aumenten el riesgo de depresión. Sin embargo, aquellos eventos "no relacionados" tienen un efecto que "se añade a" y por lo tanto sí aumentan ese riesgo.

2. DIFICULTADES IMPORTANTES

Brown y Harris (1978) define una dificultad como un problema existente al menos durante cuatro semanas, y señalan además que casi la mitad de la muestra utilizada en su estudio tenía una dificultad de la suficiente gravedad como para causar un dolor continuado. Únicamente aquellas dificultades calificadas de graves, que perduraban desde al menos dos años, y que no comprendían problemas de salud, fueron asociadas con un aumento del riesgo de depresión. Se las denominó "major difficulties" o "dificultades importantes", y constituyeron el 15% del total de dificultades que se escrutaron en el estudio, dándose tres veces más en las mujeres depresivas que en las normales.

3. ACONTECIMIENTOS GRAVES Y DIFICULTADES IMPORTANTES

Analizando los efectos independientes de los acontecimientos graves y las dificultades importantes, los autores observaron que la influencia de los acontecimientos representa aproximadamente el doble que la influencia de las dificultades.

Se plantea ahora la cuestión de si ambos agentes provocadores de depresión, al darse juntos, aumentan la probabilidad de que ésta se produzca. Los resultados indican que el 27% de las mujeres de Camberwell con ambos agentes provocadores desarrollan una depre-

si3n, frente al 21% que sólo tenía uno de los dos agentes. La diferencia es significativa desde un punto de vista estadístico, si bien aumentará más el riesgo de depresión cuando acontecimientos y dificultades que se dan juntos tengan una relación más directa entre ambos. Algunas de estas cuestiones serán analizadas en nuestros experimentos.

CLASE SOCIAL, AGENTES PROVOCADORES Y DEPRESION

Bart (1974) afirma que las mujeres de mediana edad, pertenecientes a la clase media, casadas sin haberse divorciado nunca y amas de casa, es decir, aquellas que asumen el papel tradicional de esposa y madre, tienen una mayor tasa de depresión que mujeres de la clase trabajadora o mujeres divorciadas.

Anteriormente Becker (1964) ya había apuntado que las mujeres de la clase media son particularmente más vulnerables a sentimientos de desilusión, sentimientos de culpa, baja auto-estima y depresión, ya que, según este autor, tienen una menor capacidad que las de clase trabajadora para explicarse su desilusión, en términos de privación social, y lo hacen en términos de fracaso personal.

También Costello (1976) apoya las indicaciones de los autores anteriores sugiriendo que las mujeres de las clases media y alta tienen más depresión que las de la clase trabajadora.

Por otro lado, tenemos estudios que apoyan conclusiones diferentes. Así, Dohrenwend y Dohrenwend (1969) analizaron el problema y concluyeron que las tasas más altas se daban en la clase baja. Estos resultados fueron confirmados por Warheit, Holzer y Schwab (1973), Richman (1974), Rutter y colaboradores (1975), Comstock y Helsing (1976) y Rutter y Quinton (1977).

Brown y Harris (1978), de forma paralela a la división de clases sociales, hacen otra división basada en la edad de la mujer y en la edad del hijo más joven que vive en casa.

Los autores señalan que entre las mujeres de la clase trabajadora obtuvieron la tasa más alta de depresión aquéllas que tenían tres o más hijos menores de catorce años viviendo en el hogar, aumentando todavía más este índice en caso de que al menos uno de ellos tuviese seis años o menos. No se encontraron diferencias en función de esta variable entre las mujeres de la clase media.

En cuanto a la cronicidad de la depresión, Brown y Harris (1978) catalogaron como casos crónicos aquellos que tuvieron una duración superior a un año, e informaron que entre las mujeres pertenecientes a este grupo, las de clase trabajadora tuvieron tasas significativamente más altas que las de clase media. No sucedió lo mismo en los casos no crónicos, ya que úni

camente las pertenecientes a la clase trabajadora con hijos, consiguieron una tasa más alta con respecto a las mujeres de la clase media, mientras que no hubo diferencias entre las mujeres sin hijos de ambas clases sociales.

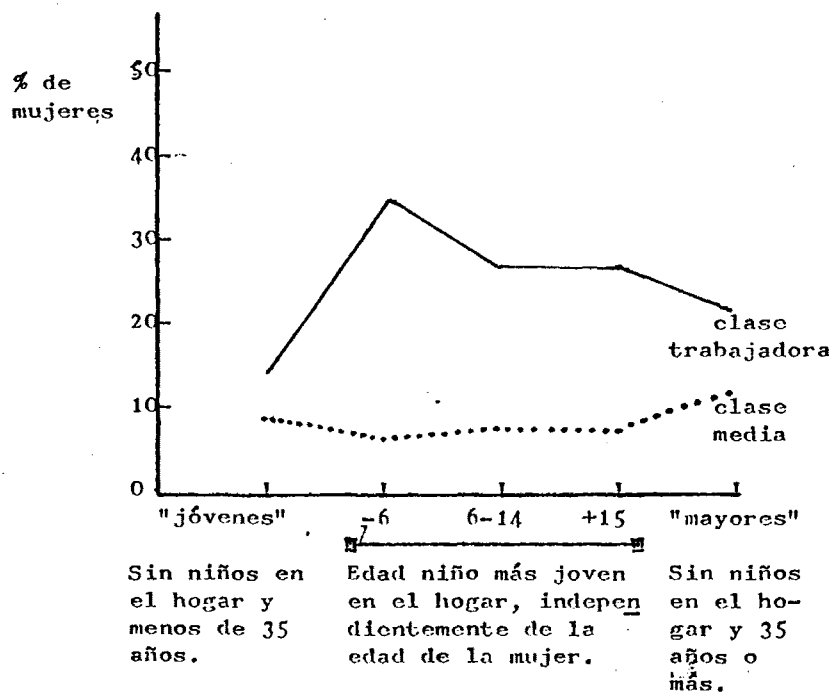
Por otro lado, las mujeres solteras mostraron unos índices bajos, mientras que las viudas, divorciadas y separadas los presentaron altos, si bien apuntan los autores que la clase social actúa solamente como factor diferencial entre las mujeres casadas.

En otros estudios que se refieren al estado civil, Durkheim (1952) encontró que los adultos solteros y viudos de ambos sexos son en general más vulnerables ante la posibilidad de suicidarse que los casados, y que los varones, solteros y viudos, son relativamente más vulnerables que las mujeres.

Gove (1973), obtuvo resultados parecidos a los de Durkheim en lo que se refiere al suicidio y similares en el homicidio, los accidentes de motor, las muertes, la cirrosis de hígado, el cáncer de pulmón, la tuberculosis y la diabetes. El autor afirma que los hombres encuentran más ventajas que las mujeres estando casados y menos siendo solteros, viudos o divorciados.

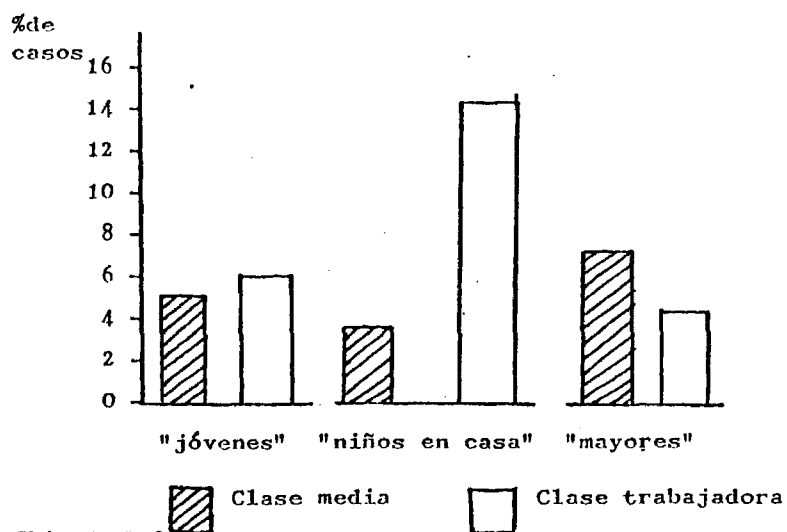
Briscoe y Smith (1973) demostraron la alta tasa de enfermedades psiquiátricas entre los divorciados.

104



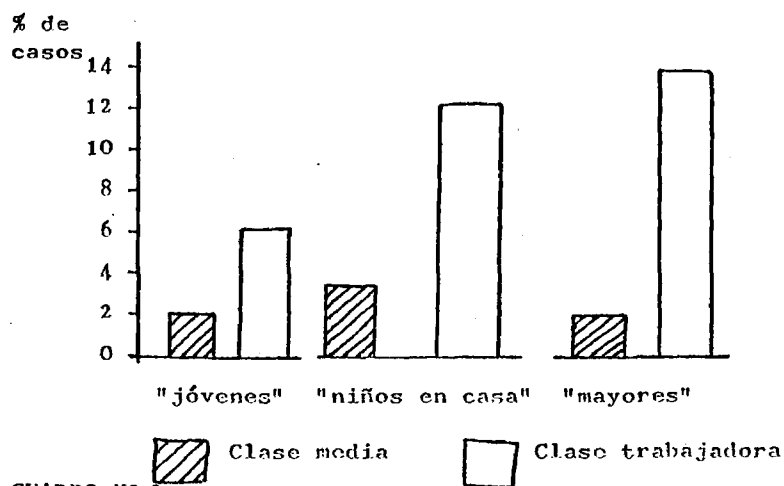
CUADRO Nº 1

Indice de mujeres con alteraciones mentales en las distintas "etapas de la vida" que sugieren Brown y Harris (1978) teniendo en cuenta la clase social a la que pertenecen.



CUADRO Nº 2

Tasas de depresión en función de la clase social, en CASOS CON DURACION MENOR A UN AÑO.



CUADRO Nº 3

Tasas de depresión en función de la clase social en CA
SOS CON DURACION SUPERIOR A UN AÑO. (casos crónicos).

Acontecimientos	Clase social	con niños	sin niños	total
		%	%	%
Familiares	media	7	5	6
	trabajadora	19	13	17
		sig.1%	n.sig.	sig.1%
De salud	media	13	16	15
	trabajadora	15	16	15
		n.sig.	n.sig.	n.sig.
Otros	media	7	18	12
	trabajadora	8	10	9
		n.sig.	n.sig.	n.sig.

CUADRO Nº 4

"

Indice de mujeres con al menos un acontecimiento grave, teniendo en cuenta el tipo de acontecimiento, la clase social y la presencia de niños en el hogar.

Dificultades	Clase social	con niños %	sin niños %	total %
Familiares	media	24	12	19
	trabajadora	41	21	34
		sig.1%	n.sig.	sig.1%
De salud	media	15	23	19
	trabajadora	29	34	31
		sig.1%	n.sig.	sig.1%
Otras	media	3	13	7
	trabajadora	4	12	7
		n.sig.	n.sig.	n.sig.
Total	media	36	41	38
	trabajadora	59	48	61
		sig.1%	n.sig.	sig.1%

CUADRO Nº 3

Indice de mujeres con al menos una dificultad importante teniendo en cuenta el tipo de dificultad, la clase social y la presencia de niños en el hogar. Están excluidas aquellas que se derivan de un acontecimiento en el mismo año.

FACTORES QUE CREAN VULNERABILIDAD

Además de los agentes provocadores y de la clase social, Brown y Harris (1978) indican que existen ciertos factores que crean una mayor vulnerabilidad. Es decir, factores que hacen a las personas en general, y en su estudio a las mujeres en particular, más vulnerables ante la depresión.

1.- INTIMIDAD

Este factor se refiere básicamente a los lazos íntimos que unen a cada mujer con otras personas, y a la vista de las respuestas de la muestra estudiada en Camberwell, los autores hicieron la siguiente división:

-Intimidad "A". - Mujeres que tenían una relación entrañable y confidente con su marido o novio.

. No se incluyeron aquí aquellas que contestaron tener esta relación, pero que a través de contestaciones diversas respecto a su vida matrimonial, se vio claramente que se contradecían.

. Si se incluyó a aquellas mujeres que se vio claramente durante la conversación respondían a las condiciones exigidas, aunque ellas no lo dijeran directamente.

. Si se incluyó a aquellas que mantenían esta estrecha, íntima y confidente relación con otra mujer con características parecidas a las del matrimonio como vivir en el mismo piso.

-Intimidad "B". - Mujeres sin un lazo íntimo con su marido o su novio (o muy ocasionalmente con otra mujer en parecidas circunstancias) pero que no obstante tenían una relación confidente con alguien más como su madre, su padre, su hermana o al gún amigo al que veían al menos una vez a la semana.

-Intimidad "C". - Mujeres con algún confidente al que veían menos de una vez por semana.

-Intimidad "D". - Mujeres sin ningún confidente.

En presencia de agentes provocadores, las mujeres de las clases "C" y "D" tuvieron una mayor propensión a desarrollar depresión que las de las clases "A" y "B". Las del grupo "A" fueron las que tuvieron una tasa más baja. Los resultados indican que la importancia de una relación íntima "A" es claramente considerable a la hora de evitar desarrollar una depresión, mientras que la relación íntima "B" aún no llegando al grado de la "A", también provee alguna protección, y las relaciones "C" y "D" favorecen notablemente el

riesgo de la alteración depresiva. Todos estos datos son válidos cuando existen agentes provocadores, no encontrándose ninguna asociación entre baja intimidad y depresión en ausencia de éstos.

Estos hallazgos son válidos para todas las mujeres, si bien es verdad, que aquellas sin niños en el hogar se vieron menos afectadas en ausencia de la intimidad "A", mientras que, para las mujeres con este tipo de intimidad, la presencia de niños en casa no marcó ninguna diferencia en el riesgo de depresión.

Los investigadores también averiguaron con detalle la frecuencia de contactos con parientes y amigos no confidentes y concluyeron que no había asociación entre la frecuencia de tales contactos y el riesgo de depresión.

Por otro lado, otros autores confirmaron la importancia del apoyo social. Así, Cobb (1976) sugirió que el apoyo social actúa y previene contra la enfermedad, mientras que, algunos años antes, Nuckols, Cassel y Kaplan (1972) hallaron que las mujeres sin apoyo social tenían mayores complicaciones en el embarazo, y Gove (1973) que los síntomas de artritis eran más comunes después de la pérdida de un trabajo en aquellos hombres que anteriormente habían mostrado una tasa baja en apoyo social.

2. OTROS FACTORES

- Muerte de la madre antes de los once años.- En presencia de agentes provocadores, el 47% de las mujeres que perdieron a su madre antes de cumplir los once años, desarrollaron una depresión, mientras que sólo lo hicieron el 17% de las que no la perdieron. La diferencia es significativa al 1% de n.c. Sin embargo ninguna mujer cuya madre falleció antes de esta edad, desarrolló depresión alguna en ausencia de agentes provocadores, lo que apoya la idea de que los factores que crean vulnerabilidad contribuyen a que surjan estados depresivos sólo en presencia de aquéllos. Estos hallazgos parece que tienen algo en común con la postura de Seligman (1975) cuando apunta que la ausencia de la madre puede crear en el niño un estado de desvalimiento, y también con los estudios de Dweck (1977), que como vimos en el capítulo anterior, indicaron que los niños desvalidos son más vulnerables ante el riesgo de depresión cuando son adultos.

- Tener tres o más niños menores de catorce años viviendo en el hogar.- Su influencia es parecida a la muerte de la madre antes de los once años.

- Falta de empleo fuera del hogar.-

Valoraremos a continuación los cuatro factores juntos:

1). En primer lugar, las mujeres con depresión -



BIBLIOTECA

están clasificadas según haya existido o no un agente provocador.

2). En segundo lugar se han establecido tres categorías:

- a). Mujeres depresivas con intimidad "A" sin tener en cuenta los otros factores.
- b). Mujeres depresivas con intimidad "B", "C" o "D" sin haber perdido a su madre antes - de los once años, y sin tres o más niños - en el hogar menores de catorce años.
- c). Mujeres depresivas con intimidad "B", "C" o "D" y además que han perdido a sus madres antes de los once años y/o tienen tres o - más hijos viviendo en el hogar menores de catorce años.

3). En tercer y último lugar, el que tengan un - empleo fuera del hogar o no lo tengan, se considera - en cada uno de los grupos.

Los resultados de estas combinaciones fueron los siguientes:

- En presencia de un agente provocador, una de - cada diez personas del grupo (a) desarrolló una depresión, tasa ésta mucho más baja que la de los grupos - restantes. En el grupo (a), el factor "empleo fuera - del hogar" no marcó ninguna diferencia. Es decir, que una alta intimidad supone un alto grado de protección

ante la depresión, sean los que sean los otros factores.

2. b- En presencia de un agente provocador, las mujeres del grupo (b) tuvieron el doble de riesgo de depresión que las mujeres del grupo (a), si bien en aquel grupo, tener un empleo fuera del hogar supone un decremento considerable de este riesgo.

- En presencia de un agente provocador, la tercera parte de las mujeres del grupo (c) desarrollaron una depresión. También aquí trabajar fuera de casa supone una reducción en la probabilidad de llegar a ser depresivo.

- En la ausencia de un agente provocador, el riesgo de la depresión apenas varía en los distintos grupos, con lo que nuevamente se confirma la teoría de que los factores que crean vulnerabilidad únicamente aumentan este riesgo en presencia de tal agente.

3. CLASE SOCIAL Y VULNERABILIDAD

En cuanto a la clase social, en presencia de un agente provocador, apenas hay diferencias en cuanto al riesgo de depresión entre las mujeres pertenecientes a las clases media y trabajadora incluídas en las categorías (a) y (b). Sin embargo, entre las que se incluyen en la categoría (c), (es decir, con intimidad

"b", "c" o "d", con tres o más hijos menores de catorce años viviendo en el hogar y habiendo perdido a la madre antes de los once años) aquellas mujeres pertenecientes a la clase trabajadora, tienen un mayor riesgo de depresión que las pertenecientes a la clase media. En ausencia del agente provocador, las diferencias son casi imperceptibles.

	Intimidad		
	"a"	"b"	"c" o "d"
	(alta)		(baja)
	%	%	%
Acontecimientos graves o dificultades importantes	10	26	41
Ni acontecimientos graves ni dificultades importantes	1	3	4

CUADRO Nº 6

Índice de mujeres de la muestra medida que experimentaron estados depresivos teniendo en cuenta el grado de intimidad y los agentes provocadores.

		Con agente provocador		Sin agente provocador	
		%	%	%	%
a). Intimididad "A"	Con empleo	9	10	1	1
	Sin empleo	11		1	
b). Intimididad "B", "C" o "D"	Con empleo	15		0	
	Sin empleo	30		11	
Excluyendo:					
-pérdida de la madre antes de los 11 años.					
-tres o más hijos menores de 14 años viviendo en el hogar.					
c). Intimididad "B", "C" o "D"	Con empleo	63		0	
	Sin empleo	100		0	
-tres o más niños menores de 14 años viviendo en el hogar.					

CUADRO Nº 7.

Proporción de mujeres de la muestra de Brown y Harris (1978) que desarrollan depresión, teniendo en cuenta los agentes provocadores y los factores que crean vulnerabilidad.

	(a) Intimididad "A"	(b) Intimididad "B","C" o "D"	(c) Intimididad "B","C" o "D"
			+
			3 ó más niños de menos de 14 años viviendo en el hogar.
			+
			pérdida de la ma- dre antes de los 11 años.
	%	%	%
1). Con agente provocador			
-Clase trabajadora	12	20	83
-Clase media	9	22	50
2). Sin agente provocador			
-Clase trabajadora	0	8	0
-Clase media	2	0	0

CUADRO Nº 8

Proporción de mujeres de la muestra medida que desa-
rrollan depresión teniendo en cuenta agentes provoca-
dores, factores que crean vulnerabilidad y clase social.

CONCLUSIONES DE ESTA APROXIMACION

Como punto final a este capítulo, incluimos brevemente las siguientes conclusiones generales del estudio de Brown y Harris (1978).

- La gran mayoría de las depresiones surgen en presencia de agentes provocadores (acontecimientos graves y dificultades importantes).

- Las mujeres pertenecientes a la clase social trabajadora, en presencia de un agente provocador son más propensas a desarrollar una depresión que las que pertenecen a la clase media cuando tienen niños menores de catorce años en el hogar. Cuando esto no ocurre, no existen diferencias significativas entre ambas clases sociales. En ausencia del agente provocador, las diferencias apenas existen. En los casos crónicos, las mujeres mayores de la clase trabajadora también tienen una mayor facilidad para desarrollar la depresión.

- Los factores que crean vulnerabilidad, tales como el grado de intimidad, la muerte de la madre antes de los once años y el tener tres o más niños menores de catorce viviendo en el hogar, únicamente aumentan el riesgo de depresión en presencia de un agente provocador.

En la parte experimental de esta tesis colaboraremos en la línea de estos autores, con la aportación de nuevos datos, pues aunque no es éste el objetivo principal de nuestro trabajo, consideramos que tiene un máximo interés en el estudio de la depresión. Además, puede ser interesante comprobar si también en es tos puntos existe una similitud entre depresión y "learned helplessness".

NOTAS

BART, P.E. (1974). "The Sociology of Depression". In Paul M. Roman and Harrison M. Trice (eds.), Explorations in Psychiatric Sociology. Philadelphia: F.A. Davis.

DECKER, E. (1964). "The Revolution in Psychiatry". New York: The Free Press.

BRISCOE, C.W. y SMITH, M.D. (1973). "Depression and -- Marital Turmoil". Archives of General Psychiatry, 29: 812-817.

BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women". Tavistock Publications.

COBB, S. (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress". Psychosomatic Medicine, 38: 300-314.

COMSTOCK, G.W. y HELSING, K.J. (1976). "Symptoms of Depression in Two Communities". Psychological Medicine, 6: 551-563.

COSTELLO, C.G. (1976). "Anxiety and Depression: The Adaptive Emotions". Montreal: McGill-Queen's University Press.

DOHRENWEND, B.P. y DOHRENWEND, B.S. (1969). "Social -- Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry". New York: John Wiley.

DURKLEIN, E. (1952). "Suicide". London. Routledge and Kegan Paul.

DWECK, C.S. (1977). "Learned Helplessness: A Developmental Approach". Depression in Childhood; Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Edited by J. G. Schulferbrandt and A. Raskin-Raven Press. New York, 135-138.

GOVE, W.R. (1973). "Sex Marital Status and Morality". American Journal of Sociology, 79, 45-67.

RICHMAN, N. (1974). "The Effects of Housing on Pre- -- School Children and Their Mothers". Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 53-58.

RUTTER, M. y QUINTON, D. (1977). "Psychiatric Disorder- Ecological Factors and Concepts of Causation". In H. McGurk (ed), Ecological Factors in Human Development. Amsterdam: North Holland.

RUTTER, M., YULE, B., QUINTON, D., ROWLANDS, O., YULE, W. y BERGER, M. (1975). "Attainment and Adjustment in two Geographical Areas: III. Some Factors - Accounting for Area Differences". British Journal

of Psychiatry, 126, 520-33.

SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression, Development, and Death". San Francisco: Freeman.

WARHEIT, G., HOLZER, C. III, y SCHWAB, J. (1973). "An Analysis of Social Class and Racial Differences - in Depressive Syptom-Actiology: A Community Study!" Journal of Health and Social Behavior, 4, 921-99.

CAPITULO 5

REFORMULACION DE LA TEORIA DEL
"LEARNED HELPLESSNESS"

Diversas controversias teóricas surgidas tras la aparición de la teoría del desvalimiento aprendido, y la necesidad que toda teoría nueva que pretende ser consistente tiene de evolucionar, motivaron que algunos años más tarde, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) presentasen una reformulación de la antigua hipótesis que según los autores resuelve algunas de las controversias teóricas sobre los efectos de la incontrollabilidad en los humanos. A lo largo de este capítulo analizaremos y comentaremos detenidamente su trabajo.

LA HIPOTESIS DE LAS ATRIBUCIONES1. DESVALIMIENTO PERSONAL VERSUS DESVALIMIENTO UNIVERSAL

En la antigua hipótesis sobre el desvalimiento no se distingue entre estas dos categorías. Desvalimiento personal y desvalimiento universal aparecen ahora como una nueva aportación que se basa en que no es lo mismo que un sujeto crea que un problema no es soluble y que ni él ni otras personas pueden resolverlo, a que crea que el problema en realidad es soluble pero que él en concreto no tiene la habilidad suficiente como para solucionarlo. En este punto los autores hacen hincapié en el hecho de que es importante que estas "otras personas" sean las apropiadas. Por ejemplo, para un estudiante universitario que no puede resolver un anagrama, no es ningún consuelo saber que tampoco lo puede resolver gente que sólo tiene estudios primarios, y del mismo modo, es probable que apenas le afecte el no resolver una determinada cuestión cuya solución únicamente encuentran importantes profesionales. Sin embargo, si las "otras personas" son sus compañeros de clase, entonces sí que la comparación tendrá importancia para el sujeto, y no será lo mismo que él crea que ni él ni los demás pueden resolver los anagramas (desvalimiento universal), o que crea que él no puede resolverlos, pero que algún otro sí que puede (desvalimiento personal).

Asimismo, en la antigua hipótesis, al hablar de "falta de control" no se distingue entre las causas - que la producen. En este sentido, Rotler (1966) concluyó que las creencias de las personas respecto a - las causas de la falta de control pueden dividirse en INTERNAS y EXTERNAS. Las causas internas supondrían - que el individuo cree que la causa son sus propias - respuestas, mientras que las externas se refieren a - la creencia de que la causa es la muerte, el azar o - el destino. Posteriormente, Miller y Seligman (1975) y Klein y Seligman (1976) investigaron respecto a las expectativas de éxito que los sujetos tenían en tareas de habilidad, encontrando que aquéllos que estaban - desvalidos manifestaron pequeños cambios de expectativas, lo que sugiere a los autores que creían en un - control externo, mientras que los no desvalidos mostraron cambios importantes en las mismas, lo que a su vez sugiere que creían en un control interno. Estos - resultados, en opinión de los investigadores, indican que los sujetos desvalidos percibieron las tareas de habilidad como si fueran tareas de azar, si bien, en algunos cuestionarios que se pasaron después del experimento, tanto los sujetos desvalidos como los no desvalidos vieron las tareas tal y como en realidad eran. Nosotros pensamos que la cuestión no es realmente si el sujeto percibe la tarea como de habilidad o de - azar, sino que consiste en que aquél tenga la creencia de que puede o no resolverla, lo que implica que es perfectamente compatible que el sujeto sea capaz - de distinguir en un cuestionario entre ambos tipos de

tarea y al mismo tiempo manifiesto pequeños cambios - en expectativas durante las tareas de habilidad, si - cree que no puede resolverlas, tal y como probablen- te haría ante unas tareas de azar.

Veamos ahora los siguientes ejemplos:

a) Un niño tiene una enfermedad grave, de las - llamadas incurables, y su padre hace todo lo posible para que se cure. Sin embargo, llega un momento en - que el padre cree que nada de lo que él haga servirá para que su hijo sane, y además que no hay nada que - pueda con esa enfermedad incurable. A partir de este momento, el padre reducirá considerablemente sus es- fuerzos hasta llegar a no hacer ninguno y tendrá sín- tomas de desvalimiento y el ánimo deprimido. El padre cree que el curso de la enfermedad de su hijo es inde- pendiente tanto de todas sus respuestas como de las - de otras personas. Los autores, en su reformulación, llaman a esto desvalimiento universal (universal help- lessness).

b) Un niño está haciendo un gran esfuerzo en el colegio, estudiando mucho e incluso dando clases ex- tras con profesores particulares. Sin embargo, a pe- sar de todo, el niño sigue sacando malas notas, lo -- que hace que llegue a creer que es tonto y cese en su empeño. Como vemos, éste no es un caso de incontrola- bilidad de acuerdo con el viejo modelo del desvali- miento aprendido, ya que en este caso, el niño real--

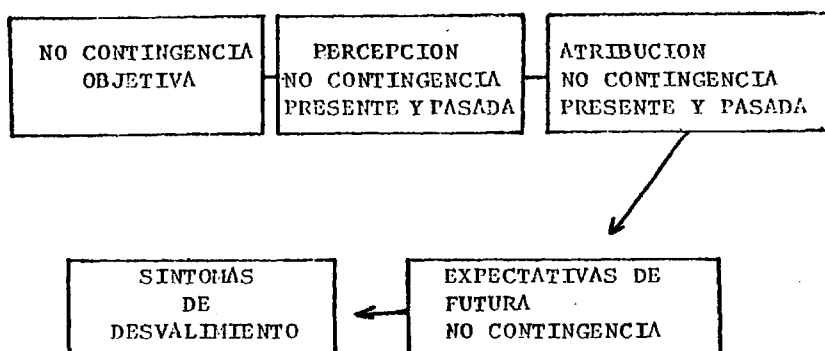
mente cree que existen respuestas que podrían hacer - que él pasase sus exámenes. La diferencia está en que él en concreto no tiene esas respuestas, y por eso, - en la reformulación se estima que éste es también un tipo de desvalimiento que es denominado como desvalimiento personal (personal helplessness).

En ambos ejemplos, los sujetos en cuestión percibieron que todos sus actos eran no contingentes respecto a la consecuencia deseada. Así, ni el hijo mejoraba de su enfermedad, ni el niño estudiante obtenía buenas calificaciones, hiciesen lo que hiciesen en el primer caso el padre, y en el segundo el propio estudiante. Se ha producido pues una no contingencia objetiva.

Una vez en este punto, ambos sujetos encontraron una causa a la que atribuir esa no contingencia percibida anteriormente entre sus actos y el resultado deseado. En el primer ejemplo, el padre lo atribuyó a - que la enfermedad era incurable y en el segundo, el - estudiante, a que él era tonto. En ambos casos, la - atribución conduce hacia una expectativa de no contingencia entre actos futuros y la consecuencia deseada.

Por último, los síntomas de desvalimiento serían una consecuencia de las expectativas de la persona - acerca de que sus futuras respuestas serían inútiles para obtener el resultado apetecido.

El proceso pues, sería el siguiente:



En el antiguo modelo ya se decía que la no contingencia objetiva conducía a síntomas de desvalimiento sólo si la expectativa de no contingencia estaba presente (Seligman, 1975), pero no se especificaba claramente las condiciones bajo las que la percepción de esa no contingencia se transformaba en expectativa de futura no contingencia. En la reformulación, como se ha podido observar anteriormente, se introduce la causa a la que el sujeto atribuye esa no contingencia entre sus actos y las consecuencias deseadas. Estas atribuciones, según los reformuladores, se refieren a las experiencias presentes y pasadas, y determinan las expectativas respecto a futuras no contingencias, así como la generalización, la cronicidad y el tipo de los síntomas de desvalimiento.

Centrándonos en nuestros dos ejemplos, vemos que en el primero de ellos el padre del niño enfermo atribuye la no contingencia a que la enfermedad es incurable, es decir, a algo externo a él, mientras que el niño estudiante atribuye la no contingencia a que es tonto, es decir, a algo interno a él. Así pues, tenemos atribuciones externas e internas que según los autores se corresponden respectivamente con el desvalimiento universal y el desvalimiento personal (ver cuadro nº 9).

De acuerdo con esta teoría, Bandura (1977) dice que el desvalimiento personal ocasiona una baja expectativa de eficacia, unida a una alta expectativa respecto a que se puede dar el resultado apetecido si bien la respuesta que produce este resultado es inaccesible a la persona en cuestión, mientras que el desvalimiento universal ocasiona una baja expectativa respecto a que se puede dar el resultado apetecido. Es decir, ninguna respuesta produce ese resultado.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) apuntan también que fracaso significa algo más que un mero mal resultado ya que las personas dicen que han fracasado cuando han intentado insatisfactoriamente conseguir una meta, y lo atribuyen a algún factor interno. Así, el obtener malas calificaciones en el colegio se considera un fracaso, mientras que ser víctima de una inundación repentina se considera como que se ha tenido mala suerte, lo que quiere decir que en la reformulación del modelo el fracaso está relacionado con el

CUADRO Nº 9DESVALIMIENTO PERSONAL Y UNIVERSALPROPIA PERSONA

OTRA PERSONA	El sujeto espera que la consecuencia sea contingente a una respuesta de su repertorio.	El sujeto espera que la consecuen- cia no sea contin- gente a ninguna respuesta de su repertorio.
-----------------	--	--

El sujeto
espera que la
consecuencia sea
contingente a
una respuesta
del repertorio
de otra persona

Desvalimiento
personal (Atribu-
ción interna)

El sujeto espe-
ra que la conse-
cuencia no sea
contingente a
ninguna respues-
ta en el reper-
torio de otra
persona

Desvalimiento
universal (Atri-
bución externa)

desvalimiento personal.

Otro aspecto a tener en cuenta es el que se refiere a la auto-estima, ya que, a partir de la distinción entre desvalimiento personal y desvalimiento universal, una baja autoestima constituiría el cuarto déficit del desvalimiento humano. En este sentido los autores sugieren que aquellos sujetos que creen que el resultado deseado no es contingente a los actos que ellos tienen en sus propios repertorios, pero que creen que es contingente a actos en los repertorios de otras personas pertinentes, tendrán una auto-estima más baja que aquellos sujetos que creen que el resultado deseado no es contingente ni a los actos en sus propios repertorios ni a los actos en el repertorio de otras personas pertinentes. Es evidente que tendrá una auto-estima más baja un estudiante que suspende un examen cuando sus compañeros han aprobado, que cuando han suspendido en su totalidad. Y corroborando estos planteamientos, Abramson (1977) demostró empíricamente que la baja auto-estima se daba únicamente en el desvalimiento personal.

Esta nueva perspectiva en la que se diferencian desvalimiento personal y desvalimiento universal, supone que existen casos de desvalimiento con baja autoestima y casos de desvalimiento sin baja auto-estima, mientras que los déficits del mismo cognitivo y motivacional se dan por igual en ambas situaciones. En este punto estamos de acuerdo con los autores, ya que -

pensamos que el simple hecho de que una persona crea que no tiene en su repertorio la respuesta adecuada para controlar una consecuencia, supone ya de por sí, - un déficit motivacional y probablemente también un déficit cognitivo, con independencia de que se sienta - personal o universalmente desvalido, mientras que esta distinción sí parece lógico que tenga una importante relación con los estados emocional y de auto-estima.

Partiendo de este supuesto, el desvalimiento personal conduciría a déficits emocionales o afectivos y de auto-estima, mientras que no habría por qué llegar a estos puntos mediante el desvalimiento universal.

2. GENERALIZACION Y CRONICIDAD DEL "LEARNED HELPLESSNESS"

Algunos autores han mencionado aquellos casos de desvalimiento aprendido, en los que una persona generaliza inapropiadamente la expectativa de no contingencia a una nueva situación distinta y que es controlable. La antigua teoría no explica nada sobre este proceso pero Abramson, Seligman y Teasdale (1978) en su reformulación sí dedican un apartado importante a este punto, creando una nueva teoría que parte de las atribuciones del sujeto respecto a la causa de su desvalimiento.

Los déficits del "learned helplessness" algunas veces se presentan en un gran número de situaciones, y otras en muy específicas situaciones. En el primer caso, los autores los denominan GLOBALES y en el segundo ESPECIFICOS.

Asimismo, la duración del desvalimiento varía según los individuos, pudiendo en algunos casos producirse durante minutos, y en otros durante años. Al igual que en el caso anterior, la vieja teoría no da ninguna explicación en este sentido, mientras que en esta ocasión los autores denominan al desvalimiento - CRONICO cuando su duración es larga o periódica, y - TRANSITORIO cuando su duración es corta o no periódica.

Según la reformulación, el sujeto desvalido en primer lugar descubre que ciertas consecuencias son independientes de sus respuestas, y después hace una atribución respecto a la causa de que esto suceda. Por último, esta atribución influye en sus expectativas respecto a futuras relaciones respuesta-consecuencia, y de este modo, como veremos a continuación, se puede determinar la generalización y la cronicidad de los déficits. Algunas atribuciones tienen implicaciones globales y otras específicas: Del mismo modo, algunas tienen implicaciones crónicas, y otras las tienen transitorias. Valorando estas premisas, los autores apuntan que existen dos nuevas dimensiones de atribuciones, ambas continuas (aunque ellos las estu-

dian como una dicotomía para facilitar su comprensión) y ortogonales entre sí, como son "global-específico" y "estable-inestable". Ambas son a su vez, ortogonales a la dimensión "interno-externo" (que también es continua) que hemos comentado en el apartado anterior.

Los factores globales afectan a una gran variedad de consecuencias, cosa que no sucede con los factores específicos. De esta forma, una atribución global implica que el desvalimiento ocurrirá también en otras situaciones distintas a la que lo produjo. Es decir, que cuando el sujeto se enfrente a dichas situaciones, la consecuencia será de nuevo independiente de sus respuestas. Opuestamente, una atribución específica implica el desvalimiento sólo en la situación original. Es decir, que cuando el sujeto se enfrenta a nuevas situaciones, distintas a aquélla, la consecuencia no tiene por qué ser de nuevo independiente de sus respuestas.

De forma paralela, los factores estables implican que en el futuro, el sujeto volverá a experimentar una falta de control sobre las consecuencias, tal y como le sucede en la actualidad, mientras que los factores inestables implican que en el futuro, el sujeto no tiene por qué experimentar de nuevo esa falta de control sobre las consecuencias que padece en el momento presente. Como se puede observar, estos datos suponen que los factores estables se identifican con la cronicidad, y los factores inestables con la transitoriedad.

Teniendo en cuenta estos postulados, vemos como la generalización del desvalimiento depende, según los reformuladores de la dimensión atribucional "global-específica", mientras que la cronicidad se basa en la también dimensión atribucional "estable-inestable". Estas dos dimensiones, unidas a la ya relatada con anterioridad "interno-externo" facilitan ocho tipos de atribución que el sujeto puede hacer respecto a la causa de su desvalimiento (global-específico x estable-inestable x interno-externo). En el cuadro de las ocho atribuciones posibles, las cuatro que son globales implican que el sujeto en cuestión tendrá déficits de desvalimiento en situaciones nuevas, independientemente tengan una larga, corta, periódica o no periódica duración, y que el sujeto piense o no que otras personas relevantes pueden controlar las consecuencias. Sucederá lo contrario con las restantes cuatro atribuciones que son específicas, pero siempre con independencia de las otras dos dimensiones. Del mismo modo, las cuatro atribuciones que son estables implican que el sujeto volverá a experimentar en el futuro una falta de control sobre las consecuencias, tal y como le sucede en la actualidad, independientemente de que esto pueda ocurrir únicamente en esta situación concreta o en otras situaciones distintas o como en el caso anterior, que crea o no que otros sujetos relevantes pueden controlar la situación. En la parte experimental de este trabajo dedicamos un apartado importante al estudio de las atribuciones como base de la generalización y la cronicidad

del "helplessness".

En cuanto a la intensidad de los déficits, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) apuntan que la de los déficits motivacionales y cognitivos aumenta con la convicción de la expectativa de no contingencia, mientras que la de la pérdida de auto-estima y de los cambios emocionales, aumentará tanto con esa convicción como con la importancia del acontecimiento acerca del cual el sujeto está desvalido, punto este que pensamos es bastante claro y que trataremos con más detalle en páginas posteriores.

3. ATRIBUCIONES Y EXPECTATIVAS DE DESVALIMIENTO

Los autores apuntan que en líneas generales las atribuciones predicen en que situaciones nuevas y a través de qué espacio de tiempo volverá a repetirse la expectativa de desvalimiento. Así, una atribución a factores globales predice que la expectativa volverá a repetirse incluso si cambia la situación, mientras que una atribución a factores específicos predice que la expectativa no tiene por qué volver a repetirse cuando se produce tal cambio. Asimismo, una atribución a factores estables predice que la expectativa volverá a repetirse incluso después de un período de tiempo, mientras que una atribución a factores inestables, predice que la expectativa no tiene por qué volver a repetirse después de un período de tiempo. Así

DIMENSION	INTERNAS		EXTERNAS	
	ESTABLE	INESTABLE	ESTABLE	INESTABLE
<u>GLOBAL</u>				
a) Estudiante;	"No soy inteli <u>i</u> gente"	"Me encuentro cansado"	"La gente tiene normalmente mala suerte en los exámenes"	"Hoy es martes y trece"
b) Mujer rech <u>a</u> zada;	"No resulto <u>a</u> tractiva a los hombres"	"Algunas veces mi conversa- ción les abu <u>r</u> re a los hom <u>b</u> bres"	"A los hombres no les gustan las mujeres intelligen <u>t</u> es"	"Los hombres algu <u>n</u> nas veces tienen una cierta predis <u>o</u> posición al rechazo"
<u>ESPECIFICA</u>				
a) Estudiante que suspen <u>d</u> e;	"No se me dan bien las mate <u>m</u> áticas"	"Me aburro con los problemas de matemáticas"	"La gente tiene normalmente mala suerte en los exámen <u>e</u> nes de matemáticas"	"El examen de mate <u>m</u> áticas era el nº 13"
b) Mujer re- chazada;	"No le resulto atractiva"	"Mi conversa- ción le abu- rre"	"A él no le gustan las mujeres inte- ligentes"	"El tenía hoy una cierta predisposi <u>o</u> ción para rechazarme"

pues, la atribución tan solo predice la reaparición de la expectativa, siendo ésta la que determina la reaparición del desvalimiento. Además entre la primera situación acerca de la cual se hace una atribución y otra situación nueva, pueden surgir nuevas circunstancias que cambien la expectativa, en cuyo caso, ésta no tiene por qué estar presente en la nueva situación. Según los reformuladores, sólo si la expectativa está presente, los déficits del desvalimiento deben volverse a presentar.

CONSISTENCIA DE LA REFORMULACION CON LA EVIDENCIA EXPERIMENTAL DEL "LEARNED HELPLESSNESS" EN HUMANOS

1. CAMBIO DE EXPECTATIVAS

Según diversos estudios en cuanto a tareas de habilidad, tras una experiencia de éxito, la expectativa de futuro éxito aumenta en menor medida y la expectativa de futuro fracaso disminuye también en menor medida cuando se trata de sujetos desvalidos, que cuando se trata de sujetos no desvalidos.

La antigua teoría interpretaría estos resultados como una tendencia general de los sujetos desvalidos a percibir como independientes las respuestas y las consecuencias en tareas de habilidad, mientras que en la nueva teoría de las atribuciones se plantea que

los cambios en expectativas no son un índice directo de las expectativas de los sujetos respecto a la contingencia entre respuesta y consecuencia, sino que tal y como han apuntado algunas investigaciones, es la dimensión atribucional de estabilidad más que la falta de control la que determina los mismos (Weiner y otros, 1972; Weiner, 1974). Según estos hallazgos, los sujetos experimentan pequeños cambios en sus expectativas cuando atribuyen las consecuencias a factores inestables, y grandes cambios en sus expectativas cuando atribuyen las consecuencias a factores estables. La lógica parece consistir en que las consecuencias pasadas son buenos predictores de las consecuencias futuras únicamente cuando son causadas por factores estables.

Los autores de la reformulación se muestran de acuerdo con el argumento de Rizley (1978), consistente en que los cambios de expectativa en el azar y en tareas de habilidad no miden directamente el modelo de depresión del "learned helplessness", dado que según ellos ni la creencia de que existe una independencia entre respuesta y consecuencia implica un pequeño cambio en las expectativas, ni la creencia de que existe una dependencia que implica cambios grandes en las mismas. Estas conclusiones contrastan en cierto modo con la evidencia experimental de algunos estudios cuyos resultados señalan que normalmente los depresivos muestran menos cambios de expectativas que las personas no depresivas. (Miller y Seligman, 1973, 1975; Miller, Seligman y Kurlander, 1975; Klein y Seligman, 1976; Abramson, Garber, Edwards y Seligman, 1978). Sin embargo, Abramson,

Seligman y Teasdale (1978) afirman que aunque los datos de estos experimentos resultan intrigantes, constituyen un apoyo muy limitado para el modelo de depresión del desvalimiento aprendido, y mantienen el argumento expuesto anteriormente. Es decir, que los cambios de expectativa en el azar y en tareas de habilidad no son un camino directo para medir el desvalimiento, ya que tales cambios son susceptibles de la dimensión atribucional de estabilidad, y no de las expectativas sobre la contingencia entre la respuesta y la consecuencia. En nuestra parte experimental trataremos de aportar algún nuevo dato en este sentido.

2. ATRIBUCIONES

Distintos estudios han demostrado los distintos efectos entre atribuir el fracaso a una falta de habilidad, y hacerlo a una falta de esfuerzo, ya que la falta de habilidad supone una atribución global, interna y estable e implica expectativas de fracaso ante nuevas situaciones similares, mientras que, la falta de esfuerzo, aunque es una atribución también interna, sin embargo es inestable y probablemente más específica, lo que hace que no existan tales expectativas de fracaso respecto a nuevas situaciones similares.

De acuerdo con la reformulación, los déficits de desvalimiento pueden ocurrir tanto en casos de desvalimiento universal como en casos de desvalimiento perso-

sonal, si bien Klein y otros (1976) en una investigación con estudiantes no depresivos encontraron que aquellos que atribuían su fracaso a factores internos (desvalimiento personal) resolvieron peor sus pruebas posteriores que aquellos que atribuían su fracaso a factores externos (desvalimiento universal). Los autores de la reformulación señalan que éste y otros estudios como los de Wortman y otros (1976), Tenner y Eller (1977) y Hanusa y Schulz (1977) apoyan su nueva hipótesis consistente en que las atribuciones globales, estables e internas crean déficits de desvalimiento mayores que las específicas, inestables y externas, siendo evidente la necesidad de nuevos datos en este sentido.

3. DEFICITS

En este sentido, se han realizado muchos experimentos con estudiantes no depresivos a los que se ha sometido a un ruido del que no podían escapar, o se les han dado anagramas insolubles. Posteriormente, estos sujetos en el primer caso, no supieron escapar de un ruido del que sí podían hacerlo, y en el segundo fueron incapaces de resolver anagramas con solución.

Los autores afirman que en estos casos, tanto la antigua como la reformulada hipótesis explican los déficits adquiridos declarando que los sujetos esperan que las consecuencias y las respuestas sean independientes en la segunda prueba a la que se les somete. Así,

esta expectativa produce por un lado el déficit motiva
cional que supone el fracaso a escapar del ruido o a -
resolver los anagramas, y, por otro, el déficit cogni-
tivo que supone el fracaso para ver modelos.

La reformulación añade además, una explicación -
de por qué la expectativa de que no se puede escapar -
del ruido o no se pueden resolver los anagramas debe -
ser lo suficientemente global, como para que perdure -
en otras situaciones nuevas, y lo suficientemente esta
ble como para mantenerse a pesar de los pequeños inter
valos de tiempo que hay entre las distintas pruebas. -
Sin embargo, los autores de la misma afirman no tener
los datos suficientes para poder indicar algo respecto
a los déficits motivacionales y cognitivos y la dimen
sión atribucional interno-externo.

Ambas teorías coinciden en afirmar que aquellos -
sujetos a los que se dice que escuchen el ruido inesca
pable, pero que no intenten nada para evitarlo, y -
aquellos a los que se informa que tienen un botón para
evitarlo sólo con pulsarlo, pero a los que se les di--
suade de que lo hagan, no llegan al desvalimiento por--
que no perciben la no contingencia entre la respuesta
y la consecuencia, punto éste que a nosotros nos hace
pensar que el desvalimiento se produce por la percep--
ción de no contingencia, más que por la no contingen--
cia objetiva.

Muchos hallazgos obtenidos en experimentos con hu

manos tienen dificultades para hallar una explicación en la antigua hipótesis. Así, por ejemplo, Roth y Kubal (1975) midieron el desvalimiento en diferentes situaciones: Los sujetos pasaron una primera prueba en la que fallaron, y, después, en unos casos se les dijo que la prueba que habían realizado servía para predecir el éxito en los estudios, y en otros, que se trataba de una prueba sin importancia simplemente. Estos últimos sujetos realizaron a continuación la prueba siguiente mejor que los primeros. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) sugieren que en este caso es muy probable que aquéllos a los que se dijo que habían fallado en una prueba que predecía su éxito en los estudios, atribuyesen su fracaso a causas más globales, internas y posiblemente más estables, de tal forma que en la nueva situación de la prueba siguiente se produjeron de nuevo déficits. Sin embargo, en el segundo caso, las atribuciones probablemente fueron más específicas, externas, y menos estables, de tal forma que la expectativa de fracaso no estuvo presente en la segunda prueba.

Dyck y Breen (1978) investigaron también sobre la importancia del tipo de tarea que realizaban los sujetos y concluyeron que cuanto más importante es la tarea en la que se produce el fracaso, más propensos son éstos al desvalimiento.

En otro estudio, Douglas y Anisman (1975) encontraron que el fracaso en tareas simples producía défi-

cits cognitivos en pruebas posteriores, mientras que el fracaso en pruebas complejas no los producía. A la vista de estos resultados, parece razonable que el fracaso en tareas simples se atribuya a causas más globales e internas, mientras que el fracaso en tareas complejas sea atribuido a causas más específicas y externas.

IMPLICACIONES DEL MODELO REFORMULADO EN EL MODELO DE DEPRESION DEL DESVALIMIENTO APRENDIDO

Es evidente que esta reformulación de la antigua hipótesis tiene unas implicaciones directas en el modelo de depresión "learned helplessness". Como recordaremos, el punto fundamental de este modelo consistía en el aprendizaje de que las consecuencias de las respuestas son incontrolables, y como resultado de este aprendizaje, surgen déficits motivacionales, cognitivos y emocionales que producen depresión. Existe pues, un tipo de depresión causada por una expectativa de independencia entre la respuesta del sujeto y la consecuencia de ésta, cuyos síntomas fundamentales tal y como hemos apuntado en páginas anteriores de este trabajo, son la pasividad general que dificulta nuevas respuestas voluntarias, un estado cognitivo negativo y un estado afectivo depresivo.

Sin embargo, a partir de su reformulación, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) afirman que el antiguo

modelo presenta cuatro puntos que resultan deficientes y conviene revisar. Son los siguientes:

1. EXPECTATIVA DE INCONTROLABILIDAD Y ESTADO AFECTIVO
DEPRESIVO

Según los autores, la depresión es un síndrome - que se puede formar por cuatro tipos de déficits, que son: motivacional, cognitivo, auto-estima y afectivo o emocional, y añaden que mientras los tres primeros son el resultado de la incontrolabilidad, los cambios afectivos son el resultado de esperar que las consecuencias de las respuestas serán malas, y no de esperar una incontrolabilidad entre respuesta y consecuencia. Ya en la antigua teoría, Seligman (1975) y Maier y Seligman (1976) observaron que el esperar que iban a ocurrir buenos acontecimientos con una alta frecuencia, - pero de forma independiente a las propias respuestas - no es una condición suficiente para crear un estado - afectivo depresivo.

Asimismo señalan los autores que únicamente aquellos casos en los que se espera una independencia entre respuesta y consecuencia, y se trata de una consecuencia aversiva, son suficientes para que se dé un componente emocional de depresión, por lo que, el estado - afectivo depresivo puede darse tanto en casos de desvalimiento personal como de desvalimiento universal, ya que ambos pueden acoger expectativas de incontrolabilidad de consecuencias importantes y aversivas para el -

sujeto. Ahora bien, teniendo en cuenta que la intensidad del estado afectivo o emocional aumenta con el deseo de una consecuencia que no se puede obtener, con una consecuencia aversiva que no se puede evitar o con la certeza de la expectativa de incontrolabilidad, la intensidad del estado afectivo depresivo puede depender de que el sujeto vea su desvalimiento como personal o universal. En este sentido, Weiner (1974) sugiere que los fracasos atribuidos a factores internos (desvalimiento personal) producen un estado afectivo más negativo, que los fracasos atribuidos a factores externos (desvalimiento universal). Sin embargo, la intensidad de los componentes motivacional y cognitivo no dependen de que el desvalimiento sea personal o universal, o de la importancia del acontecimiento, punto este que al igual que otros anteriores intentaremos constatar en nuestro planteamiento experimental.

2. AUTO-ESTIMA Y DEPRESION

Diversos estudios anteriores a esta reformulación consideran la baja auto-estima como un síntoma de depresión, y un gran defecto de la antigua teoría del desvalimiento aprendido consiste en no explicar la mala opinión que tienen los depresivos de sí mismos. En la nueva hipótesis la diferencia entre desvalimiento personal y universal, sugiere que aquellos sujetos depresivos que creen que su desvalimiento es personal muestran una auto-estima más baja, que aquellos que

creen que su desvalimiento es universal, si bien en am bos casos se manifestarán probablemente la pasividad, el estado cognitivo negativo y la tristeza. Es decir, los otros tres déficits depresivos.

3. DEPRESION Y TIPO DE ATRIBUCIONES

Después de hacerse pública la antigua teoría, algunos investigadores apuntaron que los depresivos atri buían sus fracasos a factores internos, tales como la falta de habilidad para realizar una tarea, y que, ade más se culpaban a menudo a sí mismos por las consecuencias negativas. Este último punto fue puesto en duda - por Abramson y Sackeim (1977) al preguntarse cómo los sujetos pueden culparse a sí mismos por unas consecuen cias sobre las que creen que no pueden hacer nada. Los autores de la reformulación afirman que aunque ésta no habla de la rdación existente entre culpa y desvali- - miento, sí elimina claramente cualquier contradicción entre "ser una causa" y "estar desvalido". Así, los su jetos depresivos que creen estar personalmente desva- lidos atribuyen a factores internos su fracaso, y aque llos otros sujetos depresivos que creen estar univer- - salmente desvalidos atribuyen sus fracasos a factores externos. De esta forma, queda aclarado que el sujeto desvalido personalmente cree que la causa de su fraca so es interna (por ejemplo, "no soy atractiva") pero - que él está desvalido (por ejemplo, "ninguna respuesta que yo pueda emitir podría ayudarme a resultar atracti

va a los hombres").

Algunos estudios experimentales sobre la causa a la que los depresivos atribuyen a menudo su fracaso, - parecen indicar que lo hacen a factores globales, internos y estables, mientras que cuando consiguen un éxito, lo atribuyen a factores específicos, externos y quizá menos estables

En este sentido, Hammen y Krantz (1976) trataron de analizar la distorsión cognitiva, en mujeres depresivas y no depresivas. Las primeras atribuyeron los acontecimientos negativos a factores globales y estables en mayor medida que las segundas. Los resultados finales indicaron que las mujeres depresivas producen sistemáticamente más atribuciones internas, globales y estables ante el fracaso, que las no depresivas.

En un experimento similar, realizado con estudiantes depresivos y no depresivos, Klein y otros (1976) - observaron que los primeros atribuían su fracaso a factores internos, mientras que los demás lo hacían a factores externos.

Rizley (1978) hizo que estudiantes depresivos y no depresivos tuviesen éxito o fracasasen en determinadas tareas cognitivas, y a continuación les preguntó la causa a la que atribuían el éxito o el fracaso. En cuanto al éxito, los depresivos lo atribuyeron a factores externos, específicos y estables (prueba fácil) -

mientras que los no depresivos lo hicieron a factores internos globales y estables (propia habilidad). En -- el fracaso, los depresivos lo atribuyeron a causas internas, globales y estables (propia incompetencia) y -- los no depresivos a causas externas, específicas y estables (dificultad de la prueba).

Un año antes, Garber y Hollon (1977) invitaron a sujetos depresivos y no depresivos a que hiciesen predicciones respecto a su posible éxito y el de otras -- personas en una situación de habilidad. Los resultados sugirieron que los depresivos creen en su propia falta de habilidad para resolver los problemas, pero creen, sin embargo, que otros sí que tienen esa habilidad, lo que, en definitiva supone la atribución interna del -- desvalimiento personal.

Todos estos estudios sugieren que los sujetos de -- presivos tienden a atribuir la causa de sus fracasos a factores globales, internos y estables, mientras que -- en el caso de los éxitos se refieren a factores especí -- ficos, externos y menos estables como causa del mismo. Estos hallazgos, necesitan ser corroborados en futuras investigaciones, pero es evidente que constituyen un -- punto de apoyo para el "learned helplessness" como modelo de depresión.

4. GENERALIZACION Y CRONICIDAD DE LA DEPRESION

El tiempo que dura una depresión varía de un suje

to a otro, pero en líneas generales, las depresiones - normales suelen durar días o semanas, mientras que las calificadas como graves pueden hacerlo durante meses ó años.

Asimismo, los déficits depresivos en algunas ocasiones se generalizan en gran medida a distintas situaciones, mientras que otras veces son específicos de una situación concreta.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978), con la nueva hipótesis sobre el desvalimiento, sugieren que la - cronicidad y la generalización en las depresiones por desvalimiento son consecuencia respectivamente de la - estabilidad y la globalidad de las causas a las que - los sujetos depresivos atribuyen el mismo.

Aclaran también que la pequeña depresión por desvalimiento inducida en el laboratorio de experimentación es del mismo género que las depresiones por desvalimiento que ocurren de forma natural, siendo la única diferencia entre ambas de tipo cuantitativo. Las causas a las que los sujetos del laboratorio atribuyen su desvalimiento son según los autores, probablemente menos globales y menos estables que las de los sujetos - cuya depresión no ha sido provocada en el mismo, lo que supone que en nuestros experimentos probablemente se - dará esta circunstancia.

Finalmente, los autores señalan que las expectativas de desvalimiento son condiciones suficientes pero

no necesarias para provocar la depresión. Es decir, -- que pueden darse depresiones que no tengan que ver con la expectativa de independencia entre la respuesta y la consecuencia.

RESUMEN DEL MODELO

En definitiva, el reformulado modelo de depresión "learned helplessness" se puede resumir en los siguientes puntos:

1.- La depresión consiste en cuatro clases de déficits: motivacional, cognitivo, de auto-estima y afectivo o emotivo.

2.- Cuando se tiene la creencia de que es muy improbable una consecuencia altamente deseada, o que es muy probable una consecuencia altamente aversiva, y el sujeto cuenta con que ninguna respuesta de su repertorio podrá cambiar la probabilidad de la misma, se produce la depresión.

3.- La intensidad de los déficits de la depresión dependerá de la solidez o la convicción de la expectativa de incontrolabilidad, y en el caso de los défi-cits afectivos y de auto-estima, dependerá además, de la importancia que para el sujeto tengan las consecuencias.

4.- El nivel más bajo de auto-estima dependerá -- de la interioridad de las causas a las que el sujeto - atribuya el desvalimiento.

5.- La generalización de los déficits de la depresión dependerá de la globalidad de las causas a las - que el sujeto atribuya el desvalimiento.

6.- La cronicidad de los déficits de la depresión dependerá de la estabilidad de las causas a las que el sujeto atribuya el desvalimiento.

VULNERABILIDAD, TERAPIA Y PREVENCIÓN

La nueva hipótesis predice que son más propensos a la depresión aquellos sujetos que tienden a atribuir sus fracasos a causas globales, estables e internas. - Como ejemplo, supongamos a una chica que se sienta en una cafetería al lado de un chico y éste no le dice na da. La chica interpreta entonces que ésta es una prueba ineludible que determina que no es nada atractiva. (causa global, estable e interna).

Es de destacar en este sentido el estudio de Radloff (1976) sobre diferencias sexuales en el desvalimiento, ya que, analizando sus resultados parece ser - que las mujeres son más propensas a la depresión que - los hombres, mientras que Dweck (1976) encontró que - las niñas atribuían sus fracasos a falta de habilidad (causa global y estable) y los niños a falta de esfuerzo (causa específica e inestable). Los investigadores

de la reformulación consideran que estos ejemplos indican la importancia del estilo de atribución al hablar de vulnerabilidad, si bien, en nuestra opinión deben realizarse más estudios en este apartado.

En cuanto a la terapia, según la nueva teoría es necesario hacer el siguiente planteamiento:

La depresión tiene un mayor alcance cuando:

A- La probabilidad estimada de una consecuencia positiva es baja, o la de una consecuencia negativa es alta.

B- La consecuencia es altamente positiva o aversiva.

C- Se espera que la consecuencia sea incontrolable.

D- La causa de la incontrolabilidad se atribuye a factores globales, estables e internos.

Según Abramson, Seligman y Teasdale (1978), cada uno de estos cuatro aspectos corresponde a las siguientes estrategias:

A- Cambiar la probabilidad estimada de que ocurra la consecuencia. Cambiar el ambiente reduciendo la probabilidad de consecuencias aversivas, y aumentando la probabilidad de consecuencias deseadas.

B- Hacer que las consecuencias altamente preferidas se prefieran en menor medida, reduciendo la adversidad de las consecuencias altamente aversivas, y reduciendo el deseo de consecuencias--altamente deseadas.

C- Cambiar la expectativa de incontrolabilidad --por la de controlabilidad, cuando las consecuencias son asequibles. En caso de que las respuestas necesarias para conseguirlo no estén aún en el repertorio del sujeto, pero pueden llegar a estarlo, entrenarle para que adquiriera las habilidades apropiadas. Si el sujeto ya tiene las respuestas necesarias, pero no puede utilizarlas debido a la expectativa distorsionada de que --existe una independencia entre respuesta y consecuencia, entonces se debe modificar esta expectativa distorsionada. Si las consecuencias --no fuesen asequibles, no podría utilizarse esta estrategia.

D- Cambiar las causas irreales a las que el sujeto atribuye su fracaso hacia causas externas, - inestables y específicas, y cambiar las causas irreales a las que el sujeto atribuye su éxito hacia causas internas, estables y globales. Como hemos visto al analizar el modelo, una atribución inestable, disminuye el tiempo de los déficits, y una atribución específica hace que - los déficits se generalicen menos.

Estas cuatro estrategias quedan expuestas con más detalle en las páginas con que finalizamos este capítulo.

En cuanto a la prevención, es necesario utilizar estrategias que consigan que personas con tendencia a hacer atribuciones globales, internas y estables, se - den cuenta de este punto y cambien su estilo de atribución. También es importante anticiparse en saber si - existen consecuencias altamente deseadas por el sujeto que son casi imposibles de conseguir, o consecuencias altamente aversivas que son difíciles de evitar, con - el fin de intentar cambiar estas circunstancias antes que comience la depresión. Asimismo, es de tener en - cuenta la tendencia de algunos individuos a exagerar - tanto las consecuencias deseadas, como las aversivas. Por último, a aquellas personas que tienen los primeros síntomas de desvalimiento, es necesario cambiar sus expectativas, por otras en las que sean capaces de con- - trolar las consecuencias por medio de respuestas en su repertorio.

TRATAMIENTO: ESTRATEGIAS, Y TACTICAS IMPLICADAS EN LA
REFORMULACION DE LA HIPOTESIS

A) Cambiar la probabilidad estimada de ocurrencia de -
 un acontecimiento relevante: Reducir la probabilidad
 de ocurrencia estimada de consecuencias aversivas, y
 aumentar la probabilidad de consecuencias deseadas.

a) Manipulación del ambiente por medios sociales
 para alejar las consecuencias aversivas, o pro-
 porcionar consecuencias deseadas. Por ejemplo:
 Conseguir de nuevo una casa, un puesto de traba-
 jo, asistencia financiera o una persona que se
 encargue del cuidado de los niños.

b) Conseguir un mejor cuidado médico, para aliviar
 el dolor. Por ejemplo, la prescripción de anal-
 gésicos, la consecución de miembros artificia-
 les y otras prótesis.

B) Hacer que las consecuencias altamente preferidas se
 prefieran en menor medida.

a) Reducir la aversividad de las consecuencias al-
 tamente aversivas.

1.- Proveer al sujeto metas y normas más rea-
 listas. Por ejemplo: "fracasar al intentar -
 ser el mejor de la clase no es el fin del -
 mundo"; a pesar de ello puedes llegar a ser
 un profesional competente y tener una vida -

satisfactoria

- 2.- Entrenamiento en aplicación y/o reinterpretación, para modificar la significación de las consecuencias que se perciben como - aversivas. Por ejemplo: "usted no es la mujer menos atractiva del mundo".
- 3.- Favorecer la aceptación y la resignación.

b) Reducir el deseo de consecuencias altamente de seadas.

- 1.- Ayudar a la consecución de consecuencias - deseadas alternativas que sí sean viables.
- 2.- Favorecer una nueva evaluación de las metas inasequibles.
- 3.- Favorecer la renuncia de las metas inasequibles.

C) Cambiar la expectativa de incontrolabilidad a controlabilidad.

a) Cuando las respuestas aún no están en el repertorio de la persona, pero pueden estar, entrenar las habilidades necesarias para que así suceda. Por ejemplo: entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo), habilidades para el manejo de los niños, habilidades para - resolver diferencias materiales, etc.

b) Cuando las respuestas están en el repertorio de la persona, modificar la expectativa distorsionada de que las respuestas fallarán.

- 1.- Utilizar las "tareas graduadas" (Burgess,

1969), mediante las que se va obteniendo éxito poco a poco gracias a las propias respuestas del sujeto.

2.- Generalización de los cambios en la expectativa respuesta-consecuencia, gracias al éxito de otras respuestas. Por ejemplo, el obtener éxito en aumentar el nivel de actividad, puede contribuir a cambiar la expectativa del sujeto respecto a la obtención 4 de éxito en encontrar trabajo.

3.- Cambiar las atribuciones respecto a la - causa del fracaso, de falta de habilidad, a falta de esfuerzo, creando de esta forma - respuestas más exitosas (Dweck, 1975).

4.- Ensayos imaginarios y representados de secuencias exitosas respuesta-consecuencia. - Entrenamiento asertivo, entrenamiento en tomar decisiones y "role-playing".

D) Cambiar las atribuciones poco realistas respecto a la causa del fracaso hacia externas, inestables y específicas. Cambiar las atribuciones poco realistas - respecto a la causa del éxito hacia internas, estables y globales.

a) Atribuciones fracaso:

1.- Externas; "El sistema minimiza las posibilidades de la mujer. No es que tú seas incompetente".

2.- Inestables; "El sistema está cambiando. -

Las oportunidades que ahora no tienes cada vez las irás teniendo en mayor medida".

- 3.- Específicas; "Los trabajos de marketing están todavía relativamente cerrados a las mujeres, pero no pasa lo mismo con los de publicidad".

b) Atribuciones éxito:

- 1.- Internas; El te quiere por que eres una mujer con muchas cualidades positivas, no porque no conoce otras chicas".
- 2.- Estables; "Tus cualidades positivas son muy constantes".
- 3.- Globales; "Tus cualidades positivas influyen en todo lo que haces y son apreciadas por todo el mundo".

NOTAS

ABRAMSON, L.Y. (1977). "Universal Versus Personal Helplessness: An Experimental Test of the Reformulated Theory of Learned Helplessness and Depression". Dissertation, University of Pennsylvania (sin publicar).

ABRAMSON, L.Y., GARBER, J., EDWARDS, N.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Expectancy Changes in Depression and Schizophrenia". Journal of Abnormal Psychology, 87, 102-109.

ABRAMSON, L.Y. y SACKEIM, H.A. (1977). "A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-blame". Psychological Bulletin, 84, 838-851.

BANDURA, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change". Psychological Review, 84, 191-215.

BURGESS, E.P. (1969). "The Modification of Depressive Behaviors". En R.D. Rubin y C.M. Franks (Eds.) Advances in Behavior Therapy. N.Y. Academic Press.

DOUGLAS, D. y ANISMAN, H. (1975). "Helplessness or Expectation Incongruity: Effects of Aversive Stimulation on Subsequent Performance". Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1, 411-417.

- DWECK, C.S. (1975). "The Role of Expectations and Attributions in the Alleviation of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 31, 674-685.
- DYCK, D.G. y BREEN, L.J. (1978). "Learned Helplessness, Immunization and Importance of Task in Humans". - Psychological Reports, 43, 315-321.
- GARBER, J. y HOLLON, S. (1977). "Depression and the Expectancy of Success for Self and for Others". Unpublished Manuscript, University of Minnesota.
- HAMMEN, C.L. y KRANTZ, S. (1976). "Effect of Success - and Failure of Depressive Cognitions". Journal of Abnormal Psychology, 85, 577-586.
- HANUSA, B.H. y SHULZ, R. (1977). "Attributional Mediators of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 35, 602-611.
- KLEIN, D.C., FENCIL-MORSE, E. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Learned Helplessness, Depression and the Attribution of Failure". Journal of Personality and Social Psychology, 33, 508-516.
- KLEIN, D.C. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Reversal and - Performance Deficits and Perceptual Deficits in - Learned Helplessness and Depression". Journal of Abnormal Psychology, 55, 11-26.

- MAIER, S.F. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Learned Helplessness: Theory and Evidence". Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1973). "Depression - and the Perception of Reinforcement". Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression - and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- MILLER, W.R., SELIGMAN, M.E.P. y KURLANDER, H.M. (1975). "Learned Helplessness, Depression and Anxiety". - Journal of Nervous and Mental Disease, 161, 347-57.
- RITZLEY, R. (1978). "Depression and Distortion in the Attribution of Causality". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 32-48.
- ROTH, S. y KUBAL, L. (1975). "Effects of Noncontingent Reinforcement on Task of Differing Importance: - Facilitation and Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 32, 680-91.
- ROTTER, J.B. (1966). "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement". Psychological Monographs, 80 (1. Whole nº 669).
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression,

Development, and Death". San Francisco: Freeman.

TENNER, H. y ELLER, S.J. (1977). "Attributional Components of Learned Helplessness and Facilitation". Journal of Personality and Social Psychology, 35, 265-271.

WEINER, B. (Ed.) (1974). "Achievement Motivation and Attribution Theory". Morristown, N.J. General Learning Press.

WEINER, B., HECKHAUSEN, H., MEYER, W.V. y COOK, R.E. - (1972). "Causal Ascriptions and Achievement Behavior: A Conceptual Analysis of Effort and Reanalysis of Locus of Control". Journal of Personal and Social Psychology, 21, 239-248.

WORTMAN, C.B., PANCIERA, L., SHUSTERMAN, L. y HIBSCHER, J. (1976). "Attributions of Causality and Reactions to Uncontrollable Outcomes". Journal of Experimental Social Psychology, 12, 301-316.

16h

CAPITULO 6

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES CRITICAS AL MODELO DEL DESVALIMIENTO APRENDIDO

La popularidad creciente del "learned helplessness" entre los investigadores de la psicología, se hace patente en el elevado número de artículos teóricos y experimentales que se han escrito sobre este tema en los últimos años. En este capítulo nos dedicaremos a exponer y comentar distintos trabajos que cuestionan o apoyan de diversas maneras la validez del modelo, y entre los que pensamos se encuentran los más importantes que han aparecido hasta este momento.

1. PROCEDIMIENTOS Y EXPERIMENTOS UTILIZADOS PARA PROVOCAR EL DESVALEIMIENTO APRENDIDO

Buchwald, Coyne y Cole (1978) analizaron el tipo de procedimientos típicamente utilizados para provocar

el desvalimiento, y concluyeron que, por un lado, diciendo a los sujetos que los estímulos aversivos a los que se les somete (por ejemplo, ruido) son inescapables, generalmente no se producen interferencias en la prueba que se realiza posteriormente, mientras que por otro, sí se producen tales interferencias cuando los sujetos son sometidos a una experiencia de fracaso al intentar escapar de una estimulación aversiva o se les somete a una serie de problemas insolubles.

De estas observaciones puede deducirse que aquellos procedimientos en los que se utiliza el fracaso pueden crear tanto expectativas de no contingencia personal (desvalimiento personal) como expectativas de no contingencia universal (desvalimiento universal), mientras que, con el sistema de "instrucciones", al decirle a un sujeto que el ruido es inevitable, se le llevaría claramente a una expectativa de no contingencia universal, a menos que crea que no le han dicho la verdad.

Como podrá apreciar el lector, estas deducciones parecen apoyar que el hecho de percibir el desvalimiento como personal, supone una mayor propensión a desarrollar déficits cognitivos y motivacionales, lo que desde nuestro punto de vista no quiere decir, que, percibiendo aquél como universal no se produzcan tales déficits. Es más, pensamos que también pueden surgir pero con una probabilidad menor de que así suceda, y en caso de que esto ocurra con una menor intensidad.

Por otro lado, existen algunos escepticismos respecto al sistema que se utiliza en este tipo de experimentos. Ya Lazarus y otros (1952) expresaron sus dudas respecto a la motivación de los sujetos al realizar la prueba, el impacto en los mismos al percibir la decepción del fracaso, la posible influencia de las manipulaciones del experimento, el hecho de que los sujetos pensasen que les habían engañado, la posible disonancia entre sus expectativas y su rendimiento aparente, y respecto a muchos otros factores. Además algunos autores apuntan que el uso de cuestionarios post-experimentales no ayuda a aclarar todas estas posibles dudas por las siguientes razones:

- 1) Los sujetos que son conscientes de su decepción no lo dicen (Golding y Lichtenstein, 1970).
- 2) Los sujetos no están lo suficientemente interesados como para pensar en las razones del fracaso, a menos que éstas le sean sugeridas por el experimentador (Buchwald, Coyne y Cole, 1978).
- 3) No existe una buena razón para creer que las declaraciones verbales de los sujetos tendrán tanto valor como para llevarnos a lo que realmente influye en sus conductas (Buchwald, 1961) (Nisbett y Wilson, 1977).

En este sentido, pensamos que el principal problema es el planteado por Lazarus y otros (1952) al ex

presar sus dudas respecto a la motivación de los sujetos al realizar las pruebas, ya que normalmente éstas no representan una tarea importante para ellos, aunque es verdad que en el caso de que se ofreciesen voluntarios con tal propósito su actitud implicaría un cierto interés por desarrollar las mismas.

En cuanto a los cuestionarios post-experimentales, a pesar de que en líneas generales estamos de acuerdo con la apreciación de Golding y Lichtenstein (1970), pensamos que entre una población de estudiantes universitarios que se presentan voluntarios a realizar una prueba que no les va a perjudicar en nada, sea cual sea el resultado de la misma, aquellos sujetos que sean conscientes de su decepción y no lo digan, constituirán probablemente una excepción pues creemos que en la mayoría prevalecerá el espíritu de colaboración con la investigación.

Por otro lado, y siguiendo con estos cuestionarios nos inclinamos por que sean abiertos en determinados items con el fin de evitar la posible influencia de las sugerencias hechas por el experimentador tal y como indican Buchwald, Coyne y Cole (1978), y a pesar del riesgo que los mismos autores señalan cuando sugieren que los sujetos no están lo suficientemente interesados en la prueba como para pensar en las razones de su fracaso, ya que por razones expuestas anteriormente consideramos este punto más controlado.

2. ESTIMACION DE PROBABILIDADES Y CAMBIO DE EXPECTATIVA

Huesman (1978) apuntó que en la reformulación de la teoría del desvalimiento aprendido no han especificado las operaciones cognitivas que indican que ha sido detectada una independencia entre la respuesta y la consecuencia, e invitó a los investigadores del "learned helplessness" a que tuviesen en cuenta dos puntos fundamentales en la investigación cognitiva: El primero consiste en cómo los sujetos hacen sus juicios subjetivos sobre probabilidad, y el segundo en cómo establecen relaciones funcionales a partir de unas observaciones.

Seligman (1978) señaló que la medición de las expectativas subjetivas supone un difícil problema metodológico, a lo que Huesman (1978) replicó que efectivamente así es, pero que eso no quiere decir que no deba ser afrontado tal y como los investigadores cognitivos llevan haciendo desde hace tiempo. En este sentido, Hogart (1975) sugirió que la evaluación de probabilidad que una persona hace, está bastante afectada por su capacidad limitada en cuanto al proceso de información, lo que supone que las personas para estimar las probabilidades utilizan heurísticos, y de forma subsiguiente procesan generalmente la información.

Según Huesman (1978), los cambios de expectativa y las expectativas finales estarían influenciados no ya por el número relativo de éxitos y fracasos, sino por

el orden en que éstos suceden. Así, en la estimación de la probabilidad del propio éxito en un nuevo grupo de tareas, el sujeto en cuestión utilizando un heurístico de representatividad podría juzgar hasta qué punto el pasado modelo de éxitos o fracasos era representativo de un proceso bueno o malo en la resolución de problemas.

Con anterioridad, Edwards (1968) sugirió otro fenómeno en la estimación de probabilidades al que llamó "conservatismo" o "conservadurismo" ("conservatism"). Este autor indicó que los sujetos generalmente revisan sus expectativas teniendo en cuenta los éxitos y los fracasos menos de lo que deberían según un razonamiento matemático verídico, y de forma similar los límites inferior y superior de los efectos que demuestran son a menudo bastante diferentes de lo que se esperaría a partir de un razonamiento lógico, de lo que parece desprenderse que al estimar la probabilidad interviene un posible componente de conservadurismo.

En cuanto a los cambios de expectativa respecto a la probabilidad de conseguir un éxito, en un estudio anterior a la teoría del desvalimiento aprendido, Rotter, Liverant y Grove (1961) informaron que tras experiencias de éxito o fracaso, los sujetos mostraron cambios más pequeños en expectativas de éxito cuando creían que éste dependía del azar más que de su propia habilidad. Miller y Seligman (1973; 1975) apuntaron que aquellos que creían que las consecuencias no eran

contingentes a sus propias respuestas, respondían a -- las tareas de habilidad, como pensando que se trataba de tareas de azar, y además mostraban cambios menores de expectativa que otros sujetos.

Diversos estudios de Seligman y sus colaboradores confirmaron posteriormente estas predicciones, no sucediendo lo mismo en otras investigaciones. Así, Willis y Blaney (1978) y Sacco y Hokanson (1978) utilizaron procedimientos para provocar fracaso y no encontraron diferencias significativas en ninguna de las medidas de cambio de expectativas. En ambos estudios se compararon los cambios de expectativa entre estudiantes con puntuaciones altas y bajas en el Inventario de Depresión de Beck, no encontrándose tampoco diferencias significativas entre ambos grupos. McNitt y Thornton (1978) informaron que bajo ninguna condición de refuerzo de las utilizadas en su estudio (en unos casos reforzaban el 50% de las veces que se producía la respuesta, y en otros el 75%) hubo diferencias en cambios de expectativa de éxito entre sujetos depresivos y no depresivos en la prueba de habilidad realizada. O'Leary, Donovan, Krueger y Cysewski (1978) trabajaron con alcohólicos, y Smolen (1978) con pacientes recientemente admitidos en el hospital, y en ninguno de los dos estudios se encontraron diferencias significativas en cambios de expectativa, o incluso en algunos casos se hallaron grandes cambios en pacientes con altas puntuaciones en el BDI.

Un estudio que sí confirma las predicciones anteriormente apuntadas, es el de Abramson, Garber, Edwards y Seligman (1978), en el que los autores encontraron - que un grupo de depresivos unipolares mostraba significativamente menos cambios en expectativas, especialmente después del fracaso que grupos de sujetos normales o esquizofrénicos tanto con bajas como con altas puntuaciones en el BDI. Estos hallazgos fueron sin embargo cuestionados por Buchwald, Coyne y Cole (1978), basándose en que existen diversos aspectos problemáticos en el estudio, como la forma de diagnosticar la depresión y la esquizofrenia, la falta de información sobre la veracidad de estos diagnósticos, el número de días que permanecieron en el hospital los sujetos antes de las sesiones experimentales y la utilización de una -- prueba matemática que según estos autores, no es la -- adecuada para este tipo de comparaciones.

Por otra parte, el trabajo de O'Leary y otros - (1978) con alcohólicos a que antes nos hemos referido diciendo que no confirma las predicciones del desvalimiento aprendido, fue criticado por Seligman (1978) - cuyo argumento consiste en que el alcoholismo está más altamente asociado con la manía que con la depresión - (Winokur, Clayton y Reich, 1969), y un trastorno maníaco fundamental, podría neutralizar perfectamente cualquier efecto depresivo en los cambios de expectativa. El mismo autor criticó también el estudio de Smolen - (1978) diciendo que los enfermos con los que trabajó - tenían también otros trastornos que evidentemente in--

fluyeron en los resultados. En realidad, según Seligman (1978), en ninguna de las dos investigaciones se ha trabajado con muestras de depresivos clínicos purificados de otros trastornos cuya interferencia supone que los datos obtenidos pierdan su validez.

Por último señalar la aportación de Sacco y Hekman (1978) al indicar que las expectativas estaban afectadas por el hecho de ser expuestas en público o en privado, conclusión esta que nos parece puede ser interesante a la hora de plantear los experimentos.

A la vista de las aportaciones anteriormente comentadas, parece un hecho cierto que nos movemos en un campo en el que son necesarias muchas más investigaciones que determinen si efectivamente los sujetos depresivos presentan menos cambios en sus expectativas que los que no lo son, y si sucede lo mismo con el desvalimiento aprendido que con la depresión, aunque ya Abramson, Seligman y Teasdale (1978) sugirieron que no es éste un camino directo para medir el desvalimiento debido a que tales cambios dependen de la dimensión atribucional de estabilidad. Por nuestra parte, trataremos que este trabajo en su parte experimental nos permita obtener nuevos datos que aclaren un poco más este panorama.

3. ATRIBUCIONES

En primer lugar, tratando de ver si realmente las

personas hacen o no atribuciones respecto a la causa - de sus fracasos, algunos estudios teóricos y empíricos han sostenido que, realmente así es, si bien otros como el de Bem (1972) han indicado que este hecho no puede ser aceptado con tanta facilidad, ya que en la mayoría de los experimentos, las atribuciones se han medido haciendo que los sujetos contestasen a una serie de escalas en las que se barajaban distintas posibilidades, y en las que únicamente tenían que señalar la opción con la que se sintiesen identificados. Como podrá apreciar el lector, este planteamiento sugiere problemas tales como que se induzca a los sujetos a determinadas respuestas, o que éstos no se encuentran identificados con ninguna de las alternativas que se proponen en las escalas. La solución para Wortman y Dintzer (1978) estaría en que los sujetos expuestos a situaciones de desvalimiento, expresasen sus atribuciones libremente y sin ningún tipo de limitación, tal y como - nosotros mismos señalamos en el apartado nº 2 de este mismo capítulo, y a pesar del informe negativo en este sentido, de Hanusa y Shulz (1977) en el que afirmaron que utilizando este procedimiento, los sujetos experimentales generalmente no hacían atribuciones respecto al éxito o fracaso de su tarea.

A pesar de este inconveniente seguimos pensando - que es más válido este sistema de pregunta abierta al ya comentado anteriormente de las distintas alternativas, y estamos de acuerdo con Wortman y Dintzer (1978) cuando señalan que es muy probable que la consecuencia

en cuestión deba tener un determinado nivel de importancia para el sujeto, como para que éste se pregunte qué es lo que sucede.

Una pregunta que está en el aire tras la reformulación del desvalimiento aprendido, es si realmente existe o no relación entre las atribuciones y la conducta subsiguiente del sujeto. Según la nueva hipótesis de Abramson, Seligman y Teasdale, (1978) efectivamente así es, pero con anterioridad a ésta, Bem (1972) y Nisbett y Wilson (1977) revisaron una serie de estudios sobre el tema, que ponen en tela de juicio esta afirmación de los reformuladores. En muchos de estos estudios revisados no se tomaron medidas sobre la conducta subsiguiente de los sujetos, y en los pocos en los que sus autores informaron haberlo hecho la correlación entre ambas variables fue cero o estuvo muy cerca de cero, siendo siempre no significativa. En nuestra parte experimental abordaremos este tema.

En cuanto a la manera en que se forman las atribuciones Wortman y Dintzer (1978) mantienen que cuando un sujeto se enfrenta con una consecuencia sobre la que no tiene control desarrolla una o varias hipótesis acerca de la causa de esa incontrolabilidad, y posteriormente puede intentar valorar tales hipótesis buscando información sobre su propia conducta en otras situaciones y/o sobre la conducta de otras personas en una situación similar. Estos mismos autores afirman estar en parte de acuerdo en que las dimensiones atribu-

cionales propuestas en la reformulación juegan un papel importante en la predicción de las reacciones ante los eventos incontrolables, si bien proponen también - otras dimensiones que no se consideran en la nueva teoría del "learned helplessness" y que son las siguientes:

- a) Causalidad mecánica versus causalidad filosófica; Utilizando el mismo ejemplo que en el capítulo anterior, una mujer que es rechazada por los hombres puede atribuirlo a que es por la mañana y "a esas horas a los hombres no les gusta pensar en mujeres" (inestable y externa), o a que Dios la ha castigado ese día al estar actuando por despecho hacia su marido (inestable y externa también).
- b) Causalidad "inmediata versus causalidad anterior; Algunas veces, cuando un sujeto hace una atribución se refiere simplemente a una causa inmediata, mientras que otras, esta causa tiene otras causas anteriores que pueden ser importantes para determinar los déficits del desvalimiento. Así, por ejemplo, en el caso de un estudiante que fracasa en sus exámenes y atribuye su fracaso a que estaba agotado y no podía concentrarse, no es lo mismo que este agotamiento se haya producido porque la noche anterior ha estado de juerga y no ha dormido, que por qué padece una enfermedad.

- c) Atribuciones en las que se considera la consecuencia, versus atribuciones en las que se considera la propia reacción ante la consecuencia; Además de tener importancia el tipo de atribución que se hace respecto a la falta de control sobre una determinada consecuencia, son también importantes las atribuciones respecto a la forma en que el propio sujeto reacciona ante esa falta de control. Así, ante un cáncer (consecuencia no controlada) un enfermo puede reaccionar dándose lástima a sí mismo, o tratando de hacer todo lo que le sigue siendo posible, señalando los autores incluso como más importantes las atribuciones que consideran la propia habilidad para combatir la consecuencia sobre la que no se tiene control, que aquellas que tienen únicamente en consideración la incontrolabilidad de la misma.

En definitiva, parece deducirse que, por un lado, el hecho de que las atribuciones sean o no controlables por el sujeto puede ser de mucha mayor importancia en la determinación de los déficits subsecuentes que las dimensiones atribucionales propuestas en la formulación, y, por otro, que hay otros factores que no son ni las atribuciones de las personas, ni sus expectativas respecto a un futuro control sobre las consecuencias que afectan la magnitud de los déficits que se producen al ser expuestas a eventos incontrolables.

Por último, indicar que es quizá este apartado de las atribuciones uno de los más necesitados de pruebas experimentales que le den una consistencia sobre la - que se pueda construir un modelo con auténtico poder - predictivo, en el que se apoyen importantes estrategias para la prevención y el tratamiento del desvalimiento aprendido y la depresión.

4. DEFICITS PRODUCIDOS POR EL DESVALIMIENTO APRENDIDO

Según Costello (1978), el tipo de datos que son - necesarios para tener una evidencia de los déficits es pecíficos del desvalimiento aprendido no están clara-- mente especificados por los autores de la teoría.

Algunos años antes, ya Miller y Seligman (1975) - trataron de afrontar este problema y sugirieron que el déficit motivacional en una tarea de solucionar anagramas podía estar reflejado en la mayor duración del tiempo de latencia, y en el número de errores al realizar el intento. Sin embargo, otros autores como Douglas y Anisman (1975) han apuntado que el tiempo de latencia puede servir como una buena medida de la motivación en algunas tareas, pero no en aquellas en las que se debe emitir una respuesta correcta. Así, en el caso de los anagramas, el sujeto trata de resolverlos en su mente, mientras que el tiempo de latencia que se mide, se refiere al que tarda en enunciar una respuesta correcta. Estos autores encontraron en sus investigaciones que -

aquellos sujetos que habían sido expuestos a problemas insolubles, realizaban peor que el grupo control, tareas posteriores en las que debían encontrar la solución externa, si bien no demostraban tener un mayor tiempo de latencia que éstos.

Miller y Seligman (1975) indicaron también que el déficit cognitivo puede reflejarse midiendo el número de respuestas correctas en un tiempo de latencia determinado, o valorando el número de soluciones correctas consecutivas antes de alcanzar un objetivo concreto, y añadieron que este tipo de medidas refleja cuánto tarda un sujeto en darse cuenta que existe un modelo para la solución de los anagramas. Esta postura fue replicada por Buchwald, Coyne y Cole (1978) subrayando que la dificultad para ver un modelo en los anagramas no equivale a la dificultad para aprender que las respuestas son independientes de las consecuencias, por lo que, denominar ambas situaciones como "estado cognitivo negativo" conduce a la confusión. Estos autores señalaron también que las mejores situaciones para interpretar los efectos de las interferencias las constituyen aquellas en que el sujeto debe pulsar un botón o tirar de una palanca, ya que es más fácil observar cuándo está haciendo algún intento, y cuándo repite respuestas exitosas.

Wortman y Dintzer (1978) apuntaron que a primera vista parece que debería existir una cierta relación entre los déficits motivacional y cognitivo que muestra el sujeto, y su respuesta afectiva a la falta de -

control. Sin embargo, Abramson, Seligman y Teasdale -- (1978) en su reformulación utilizan un ejemplo mediante el que sugieren que tales déficits no tienen por qué tener necesariamente una correlación con la respuesta afectiva. Así, si un estudiante suspende un examen, se puede atribuirlo a un mal día y mostrar déficits cognitivos y motivaciones respecto a nuevos exámenes, pero no por ello estar deprimido, mientras que, por otro lado, cabe la posibilidad de que atribuya su fracaso a su falta de habilidad para esa materia, lo que puede suponer que no tenga déficits motivacionales o cognitivos en otras pruebas, pero sí que se encuentre muy deprimido. En definitiva, Wortman y Dintzer (1978) señalaron que el problema de la relación entre los distintos déficits del desvalimiento es muy confuso e invitaron a los reformuladores a que aclarasen este punto indicando si los déficits correlacionan o son independientes entre sí.

Recientemente, Alloy y Abramson (1979) y Abramson y otros (1981), trataron de aislar el déficit cognitivo del motivacional mediante una serie de pruebas cuya inaccesibilidad nos impedirá realizar algo similar en nuestra parte experimental. En ambos estudios los resultados confirmaron que los sujetos depresivos presentaban déficits motivacionales tal y como postula el "learned helplessness", e indicaron, en contra de esta teoría que no mostraban déficits cognitivos.

Así pues, vemos de nuevo la imperiosa necesidad --

de una mayor evidencia experimental que clarifique el camino emprendido, y en este sentido pensamos que son sumamente importantes estos últimos hallazgos. No obstante esta distinción operativa ofrece dificultades - que nos impulsan a presentarlos en nuestra investigación sin especificar hasta qué punto son los unos o - los otros los que tienen una mayor incidencia en los - resultados objetivos que consideraremos como indicadores de que tales deficiencias se producen.

5. EL "LEARNED HELPLESSNESS" COMO MODELO DE DEPRESION

Depue y Monroe (1978) señalaron que las alteraciones depresivas son extremadamente heterogéneas, y su crítica a Seligman por clasificar el desvalimiento - aprendido como un subtipo de depresión reactiva consistió fundamentalmente en los puntos siguientes:

- a) Las depresiones reactivas parecen constituir un único grupo homogéneo.
- b) El rol causal de los acontecimientos ambientales no es tan simple ni tan característico como Seligman sugiere.
- c) Muchos de los rasgos de la depresión, que Seligman cree paralelos a los del desvalimiento aprendido en los animales, caracterizan más a las depresiones endógenas que a las reactivas.

Tanto estos autores como Costello (1978) y Buchwald, Coyne y Cole (1978) apuntaron que Seligman debe clarificar para qué tipo de depresión es aplicable su modelo.

De forma similar, Huesman (1978) advirtió que el desvalimiento aprendido intenta, por un lado, predecir la pasividad y el retraso psicomotor que se encuentran en las depresiones bipolares, mientras que, por otro, aparece como un modelo de depresión reactiva unipolar en la que la pasividad y el retraso psicomotor raramente se dan. El autor se suma a los autores citados en el párrafo anterior diciendo que cualquier nuevo modelo de depresión debe incluir una explicación más detallada de los tipos que explica, sin ignorar la nosología corriente y su relación con los procesos causales hipotéticos.

Ante estas críticas, Seligman (1978) responde que el desvalimiento aprendido es una teoría que sugiere que podría haber un subtipo de depresión causada por expectativas de que acontecimientos importantes son in controlables, y que este subtipo podría no tener por qué amoldarse exactamente a uno de los ya existentes. Ya anteriormente, el propio Seligman (1975) había señalado que su modelo no cuadraba de forma perfecta en ninguno de estos subtipos, aunque tenía puntos en común con las depresiones reactivas, lo que sugiere que aquellos depresivos con síntomas de pasividad, estado cognitivo negativo y otros propios del desvalimiento

aprendido, cuyas alteraciones comenzaron con una falta de control sobre acontecimientos importantes, deberían ser clasificados como "depresivos desvalidos" ("helplessness depressives").

Posteriormente, Seligman (1978) afirmó estar de acuerdo en que la depresión reactiva no es probablemente el único subtipo modelado por el desvalimiento - aprendido, y no sólo debido a la ambigüedad de la identificación del concepto "reactiva", sino también a la evolución de la teoría del "learned helplessness", ya que a medida que se ha ido haciendo más cognitiva y se ha ido valorando como condición más necesaria la expectativa de desvalimiento que la independencia objetiva entre respuesta y consecuencia, se han ido observando menos similitudes con la depresión reactiva.

En definitiva, el "learned helplessness" es considerado por Seligman (1978) como una subclase de depresión que no se adapta exactamente a ninguna de las clasificaciones ya existentes, y en la que se pueden incluir casos de distinta gravedad. Su rasgo fundamental es su mecanismo causal. Es decir, la expectativa de que consecuencias altamente deseadas tengan pocas probabilidades de ocurrir, o que exista una alta probabilidad de que sucedan consecuencias altamente aversivas, y que en ambos casos, la ocurrencia o no ocurrencia sea independiente de las acciones del sujeto. Este mecanismo causal produce, según las hipótesis del autor, y tal y como vimos en la reformulación del modelo, cua

tro tipos de déficits: motivacional, cognitivo, emocional o afectivo y auto-estima. Y para su alivio se han propuesto cuatro tipos de estrategias terapéuticas cuya exposición detallada podrá encontrar el lector en el capítulo anterior.

Nosotros no vamos a entrar en consideraciones teóricas respecto a la validez o no del "learned helplessness" como modelo de depresión, pero esta parcela ocupará un lugar destacado en nuestros planteamientos experimentales tal y como el lector podrá comprobar más adelante.

6. UTILIZACION DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK COMO ELEMENTO DE MEDIDA

Depue y Monroe (1978) criticaron también la utilización del Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory; BDI, 1967, 1978) como único elemento para seleccionar a los sujetos como depresivos o normales. Según ellos, ni el BDI ni ninguna otra "escala de evaluación" puede servir para este propósito, debido a que originalmente fueron confeccionadas con el fin de estimar de una forma más fiable y válida la gravedad de la enfermedad en sujetos que están siendo examinados. Por este motivo, la información que facilitan este tipo de escalas según los autores es insuficiente como para diagnosticar, y su utilidad se limita a aportar datos sobre la intensidad de los síntomas, mientras

que el diagnóstico se formula típicamente teniendo en cuenta una amplia información que incluye desde los -- síntomas hasta las características del comienzo de la enfermedad, conductas del sujeto, enfermedades anteriores, características psico-sociales, presencia o ausencia de otras alteraciones médicas o psiquiátricas, etc.

En este sentido, Hamilton (1960) insistió en que su escala de evaluación de la depresión no debía utilizarse para el diagnóstico de la enfermedad, sino como elemento para medir la gravedad de los pacientes ya diagnosticados en el terreno clínico como que sufren una alteración depresiva. En la misma línea, Weissman y otros (1975), al comparar las depresiones clínicas utilizaron este tipo de escalas únicamente para conseguir datos que complementasen los diagnósticos obtenidos mediante entrevistas y basados en una extensa información de las características clínicas y sociales de los sujetos.

Otro problema señalado por Depue y Monroe (1978) es que mientras en las escalas de evaluación a cumplimentar por el observador (por ejemplo, la escala de Hamilton) éste tiene en cuenta información de todas las fuentes de que dispone, incluyendo la entrevista clínica, en las escalas de auto-evaluación (por ejemplo, el BDI que nos ocupa) se tiene únicamente en cuenta las estimaciones subjetivas del individuo sobre sus síntomas, tal y como él los experimenta en ese momento, indicando los autores que ambas formas de evaluar probablemente

representan dimensiones diferentes de las alteraciones depresivas. Por último, añaden los mismos experimentadores, que los sujetos no tienen la misma perspectiva clínica que los profesionales en esta materia para evaluar la gravedad de sus síntomas, y que, además, el significado de los items puede ser visto bajo diferentes prismas según sean enfermos más o menos graves, influyendo estos factores al intentar medir la sensibilidad, que en este caso es la habilidad de una escala de evaluación para distinguir entre aquellos individuos que padecen una depresión moderada, de aquellos otros cuya enfermedad tiene proporciones psicóticas.

Carroll (1973) comparó la sensibilidad entre una escala de evaluación por parte del observador (HRS-Hamilton, 1960) y otra de auto-evaluación (SRS-Zung, 1972). Participaron en el estudio tanto depresivos graves como depresivos moderados. Ambas escalas fueron administradas antes del tratamiento a enfermos internados en el hospital ("inpatients"), enfermos que pasaban el día en él ("day patients") y enfermos que únicamente asistían al mismo para sus consultas ("outpatients"), todos ellos diagnosticados previamente como depresivos. Mientras el HRS de Hamilton (evaluación del observador) discriminó significativamente entre los tres grupos, el STS de Zung (auto-evaluación) únicamente lo hizo entre "day patients" y "out patients", concluyendo el autor que un estudio similar entre HRS y DDI debería realizarse para corroborar estos resultados.

Así pues, todas estas investigaciones a las que nos hemos referido parecen indicar que el BDI, dado que se basa en sentimientos subjetivos de depresión, constituye un pobre discriminador entre los distintos niveles de gravedad de la misma, por lo que, por el momento, no se puede confirmar la hipótesis del desvalimiento aprendido que sustenta que los estudiantes depresivos tienen calificativamente la misma enfermedad que los depresivos graves, y ambos difieren entre sí cuantitativamente debido a que las alteraciones de los primeros son de menor gravedad que las de los segundos.

Seligman (1978) puntualizó que en parte estaba de acuerdo con Depue y Monroe (1978) en que no se puede utilizar sólo el BDI para identificar la depresión, sin un diagnóstico apropiado de depresión clínica. De hecho, Abramson, Garber, Edwards y Seligman (1978) incluyeron en el grupo experimental de depresivos únicamente aquellos que tenían una alta puntuación en el BDI, que además habían sido diagnosticados de un trastorno afectivo de tipo unipolar y que habían padecido un incidente precipitador de la enfermedad. Sin embargo, este autor sugirió que aunque el BDI fue originalmente validado en muestras de depresivos clínicos, sus investigaciones con depresivos moderados sugieren que este inventario tiene todavía una mayor validez en las puntuaciones más bajas, encontrándose diferencias consistentes entre grupos de estudiantes no depresivos y depresivos moderados (generalmente utilizando la puntua-

ción 9 para hacer esta división).

Por otro lado, se han hallado altas correlaciones entre el BDI y el rendimiento, y así, el BDI tiene una correlación de 0'73 con la lentitud para escapar de un ruido, una correlación de 0'71 con el fracaso al resolver anagramas, una correlación de 0'86 con la dificultad para ver el modelo de los anagramas y una correlación de 0'64 con una baja expectativa final en tareas de habilidad. Estos datos contrastan con los del estudio de Abramson, Garber, Edwards y Seligman (1978) al que anteriormente hacíamos mención y en el que trabajando con depresivos graves, se comprobó que tenían puntuaciones más altas en el BDI que los moderados y los no depresivos, pero la correlación entre cambios de expectativa y la puntuación en el mismo no fue significativa, lo que indica, según Seligman (1978) que el Inventario de Depresión de Beck puede resultar más sensible en las bajas puntuaciones que en las altas.

7. PREVENCIÓN

En este campo de la prevención del desvalimiento, ya en un primer estudio, Douglas y Anisman (1975) encontraron que el éxito en una primera tarea prevenía el fracaso en una segunda. Posteriormente, Dyck y Breen (1978) observaron que los sujetos que habían sido sometidos a experiencias de éxito en las pruebas de entrenamiento previo, al fracasar a continuación en otras pruebas eran menos propensos al desvalimiento que aque

llos que no habían pasado por tales experiencias. Estos hallazgos fueron también corroborados por Prindaville y Stein (1978) y Klee y Meyer (1979), indicando estos últimos que se puede prevenir por medio de un entrenamiento previo a base de bio-feedback positivo.

Un cierto contraste con los experimentos anteriores lo tenemos en el estudio de Jones, Nation y Massad (1977). Estos autores hicieron tres grupos en los que el nivel de prevención fue del 0%, 50% y 100% respectivamente. La tarea inicial consistió en cuatro problemas en los que había que aprender a discriminar. Al primer grupo se le hizo fallar en los cuatro intentos, mientras que al segundo se le hizo acertar en dos y fallar en dos, y al tercero acertar en los cuatro. A continuación se les sometió a los tres grupos junto a un cuarto grupo control, a cuatro problemas insolubles del mismo tipo de los anteriores. En las pruebas que se realizaron finalmente para observar los resultados (resolución de anagramas), el único grupo que no presentó interferencias fue el del 50%, a lo que hay que añadir que no hubo diferencia significativa alguna entre el grupo del 0%, el del 100% y el grupo control.

Como en la mayoría de los puntos del desvalimiento aprendido, son necesarias nuevas investigaciones que vayan poco a poco aclarando estas controversias. De todas formas, el estudio de Jones y otros (1977) parece sostener el punto de vista de Seligman (1975) comentado en este mismo trabajo en el sentido de que una

persona sometida siempre a experiencias de éxito no ha aprendido a vencer ningún tipo de dificultad, lo que - le hace más vulnerable cuando se presenta el fracaso. Por este motivo postula este autor que los niños deben ser algunas veces expuestos a pequeñas situaciones frus-trantes que puedan vencer, y del mismo modo se pueden explicar los resultados de la investigación a que nos hemos referido.

8. TERAPIA

Klein y Seligman (1976) informaron que el éxito - en la resolución de problemas de discriminación elimi-nó el bajo rendimiento en una tarea de escape y aumen-tó el tamaño de los cambios de expectativa en una tarea de habilidad, tanto con sujetos depresivos como con no depresivos que habían sido expuestos a una situación - de ruido inescapable. Los autores interpretaron los re-sultados como indicadores de que un procedimiento que muestra a los sujetos que sus respuestas producen un - reforzamiento es capaz de combatir los efectos del des-valimiento.

Posteriormente, Kilpatrick-Tabak y Roth (1978) - aplicaron a sujetos desvalidos y a sujetos depresivos el mismo tipo de tratamiento. Este consistió en unos casos, en un auto-informe positivo (Velten, 1968), y en otros, en ir resolviendo tareas fáciles aumentando la dificultad poco a poco y reforzando al sujeto entre -

prueba y prueba mostrando el experimentador su sorpresa por el poco tiempo empleado y lo bien que las hacían. Los resultados indicaron que los sujetos desvalidos mejoraron notablemente pero no así los depresivos, conclusión esta opuesta a la teoría consistente en que el desvalimiento aprendido es un modelo de depresión, si bien pensamos nosotros que probablemente el tratamiento no fue lo suficientemente intenso como para aliviar a los depresivos, cuyo nivel de gravedad es casi seguro que fuese superior al de unos sujetos a los que se había provocado el desvalimiento en una situación de laboratorio.

Un interesante estudio es el de Teasdale (1978) - que comparó los efectos del "éxito real" (solución exitosa de problemas) con los efectos del "éxito recordado" (recuerdo de éxito anterior en la resolución de problemas) y con ningún procedimiento terapéutico. Mientras el "éxito real" sí eliminó las interferencias en una tarea de anagramas en aquellos sujetos no depresivos que habían sido expuestos anteriormente a una situación de desvalimiento, no ocurrió lo mismo con el "éxito recordado". Tras su estudio, el autor apuntó que ambos procedimientos deberían haber demostrado a los sujetos que sus acciones podrían conducir al éxito, lo que sugiere a algunos autores como Buchwald, Coyne y Cole (1978) que el éxito elimina las interferencias por otras razones.

Sin embargo, Seligman (1978) refiriéndose al experimento anteriormente comentado, señaló que sus resultados confirman la teoría del desvalimiento aprendido y que las diferencias entre "éxito real" y "éxito recordado" se explican teniendo en cuenta que el primero se produce en las circunstancias presentes en que se provoca el desvalimiento, lo que hace que la atribución respecto a la causa del mismo sea más específica, mientras que, en el caso del "éxito recordado", cuando los sujetos son expuestos a una situación de fracaso, la atribución que hacen es más global. Es pues esta dimensión atribucional "global-específico" la que según el autor crea diferencias en los resultados anteriormente comentados, a la vista de los cuales parece deducirse que para mejorar el desvalimiento y la depresión es mejor que los sujetos vayan obteniendo éxitos reales poco a poco, a que se atengan a situaciones exitosas en el pasado, si bien, según Teasdale (1978) este último sistema debe ocupar un lugar dentro del programa total del tratamiento.

En otro sentido, Wortman y Dintzer (1978) señalaron que existen muchas circunstancias en las que las conductas propias del desvalimiento y la depresión pueden resultar altamente útiles para el sujeto. Así, muchas de las conductas asociadas con el "helplessness" (ejemplo: pérdida de interés por la consecuencia), son maladaptativas cuando la consecuencia en cuestión es controlable o modificable. Sin embargo, si la consecuencia es realmente incontrolable, tales conductas --

pueden resultar muy funcionales. Por otro lado, el estado afectivo o emocional negativo que surge cuando una persona se encuentra desvalida, si no es muy intenso puede ser muy útil para que vuelva a evaluar sus metas.

Mantienen además, que las respuestas adaptativas ante los acontecimientos aversivos de la vida pueden facilitarse no mediante tratamientos para reducir el desvalimiento, sino enseñando a las personas a evaluar correctamente su habilidad para influir sobre las consecuencias y a hacer correctas atribuciones respecto a la causa de su fracaso, si bien dos años antes el propio Wortman (1976) indicó que las personas tienen una gran dificultad para evaluar su propia habilidad para influir en una consecuencia, y poco después, Nisbett y Wilson (1977) añadieron que les resulta muy difícil hacer las atribuciones causales adecuadas sobre sus conductas.

Por último, Wortman y Dintzer (1978) advirtieron que tal y como se puede observar en el estudio de Ross y otros (1975), el simple hecho de decirle a una persona que sus atribuciones son correctas o incorrectas no resulta particularmente efectivo si se intenta cambiarlas, y propusieron como alternativa inducir a los sujetos a que interactúen con otros similares para que vean que lo que les pasa no es producto de sus deficiencias personales, sino de la "crisis de la vida". Este tipo de grupos "víctimas de la crisis de la vida" es--

tán poco a poco cobrando interés a pesar de que no son numerosos los estudios metodológicos realizados hasta el momento sobre el tema (Lieberman y Borman, 1976).

9. VARIOS

De Vellis y otros (1978) estudiaron la posible -- adquisición del desvalimiento mediante el aprendizaje vicario, tratando de ver hasta qué punto el hecho de que un sujeto observe cómo otros tienen experiencias -- de no contingencia entre sus respuestas y sus conse-- cuencias puede desarrollar en él mismo el "learned helplessness". Los resultados obtenidos sugirieron que, al menos en las mujeres, el grado de contingencia en la -- vida de uno mismo está en parte basado en observacio-- nes de sujetos y circunstancias similares.

Frankel y Snyder (1978) plantearon una explica-- ción alternativa al desvalimiento aprendido, a la que denominaron "Egotismo" ("egotism"). Según los autores, los sujetos no consiguen buenos resultados en las prue-- bas que realizan después de haber obtenido fracasos en el entrenamiento previo, porque debido a la repercu-- sión que el fracaso tiene en su auto-estima no inten-- tan resolver las pruebas como podrían hacerlo. De esta forma, atribuyen su fracaso a falta de esfuerzo y no a falta de habilidad, lo que daña en menor medida su -- auto-estima. De acuerdo con este principio, si el suje-- to que ha fracasado en las pruebas previas cree que las

siguientes serán más difíciles, es probable que no fracase en éstas, ya que pondrá un gran empeño en que así sea con el fin de resarcirse del fracaso anterior. Sin embargo, si no tiene esta creencia no se esforzará demasiado para no comprometer su auto-estima, y de esta forma probablemente obtendrá un nuevo fracaso. Los resultados de sus experimentos confirmaron su hipótesis previa.

10. DISCUSION

Como habrá podido observar el lector, nos encontramos ante una nueva teoría que para poder ser confirmada necesita aún de muchos datos experimentales, - siendo nuestro propósito que la segunda parte de esta tesis cumpla el objetivo de aportar algunos.

A la vista de los planteamientos expuestos y comentados en las páginas de este capítulo y de los anteriores, parecen existir dos problemas fundamentales - que deben ser abordados. En primer lugar, si efectivamente se confirma el "learned helplessness" como un modelo en el que la falta de control sobre las consecuencias o eventos produce déficits motivacionales y cognitivos y en algunos casos, también déficits emocionales o afectivos y de auto-estima. En segundo lugar, si este modelo del desvalimiento aprendido puede considerarse como un modelo de depresión.

En el primer caso, será necesario provocar el desvalimiento a una serie de sujetos que se presten a ello, para lo cual, pensamos que tal y como indican Buchwald, Coyne y Cole (1978), el fracaso en una serie de tareas es el mejor procedimiento. Lo que resulta ya más difícil es que las pruebas que se realicen tengan para los sujetos tal importancia como para que llegado el momento en que éstos perciban una falta de control sobre el resultado de las mismas, se presenten los déficits emocionales y de auto-estima que postula la teoría. De todas formas, pensamos que dadas las circunstancias en que podemos movernos, el hecho de que aparezcan déficits motivacionales y cognitivos entre aquellas personas normales expuestas a una situación de desvalimiento, ya supone un dato importante para confirmar el modelo.

Centrándonos en estos déficits, ya hemos señalado anteriormente en este mismo capítulo que a pesar de los últimos hallazgos de Alloy y Abramson (1979) y Abramson y otros (1981) resulta difícil distinguir en la práctica el límite entre ambos. Así, por ejemplo, si tratamos de medirlos, teniendo en cuenta el tiempo que se tarda en buscar una serie de palabras, y el sujeto desvalido utiliza más tiempo, no será fácil determinar hasta qué punto esto sucede porque tiene una menor motivación para iniciar respuestas voluntarias, o por un estado cognitivo negativo que le impide ser rápido en ver qué camino debe seguir para lograr el objetivo. En este sentido, Douglas y Anisman (1975) sugirieron

que aunque el sujeto no emita la respuesta correcta, es posible que, en su mente esté tratando de encontrarla, por lo que según ellos, este sistema no sirve para medir el déficit motivacional. Sin embargo, nosotros pensamos que si el sujeto tarda en emitir la respuesta correcta, puede deberse a un déficit cognitivo, y también a uno motivacional, ya que resulta complicado decidir hasta qué punto no la encuentra porque tiene dificultades para hallar el camino adecuado o porque no tiene la motivación suficiente como para intentarlo.

Por lo tanto, una vez valorados todos estos puntos, trataremos de ver en nuestros experimentos si se producen déficits motivacionales y cognitivos entre los sujetos desvalidos, pero sin hacer ninguna distinción entre ambos tipos.

Dedicaremos también un apartado a los cambios de expectativa que tienen las personas al estimar sus probabilidades de realizar bien una prueba, siendo nuestra intención comprobar si efectivamente los sujetos desvalidos muestran menos cambios en sus expectativas que aquellos que no lo están, tal y como apuntaron inicialmente Miller y Seligman (1973) y posteriormente otros autores. De hecho, parece haber quedado claro cómo en algunos casos se considera una baja tasa en cambios de expectativa como indicadora de una falta de control sobre las consecuencias, mientras que en otros no existe un acuerdo en este sentido.

Otro punto importante al que desviaremos nuestra atención en la parte experimental es el de las atribuciones que el sujeto hace respecto a la causa de su fracaso, y que según Abramson, Seligman y Teasdale (1978) determinan mediante dos de sus dimensiones la generalización y la cronicidad del desvalimiento. Recordemos también que estos mismos autores señalan que los cambios de expectativa al estimar las probabilidades de realizar bien una prueba, vienen determinados por la dimensión atribucional estable-inestable.

También hemos podido observar cómo parece ser que aquellas personas cuyo desvalimiento es personal, rinden peor en tareas posteriores que aquéllas cuyo desvalimiento es universal, de lo que puede deducirse que presentan déficits motivacionales y cognitivos más profundos. Veremos si los resultados de nuestros experimentos confirman o no estas apreciaciones anteriores.

En lo que se refiere al "learned helplessness" como modelo de depresión, tal y como hemos señalado anteriormente, no vamos a plantearnos a qué tipo de modelo clínico corresponde, sino que respetaremos la propuesta de Seligman (1978) consistente en que puede existir un subtipo de depresión causada por expectativas de qué acontecimientos graves son incontrolables.

En nuestra parte experimental nos limitaremos a intentar comprobar si existen similitudes entre los sujetos desvalidos y los depresivos en déficits motiva-

cionales y cognitivos de auto-estima y emocionales, así como en cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, y en el tipo de atribuciones que hacen ante el fracaso y el éxito. De confirmarse tales similitudes, pensamos que constituirían un nuevo apoyo para el desvalimiento aprendido como modelo de depresión.

NOTAS

- ABRAMSON, L.Y., GARBER, J., EDWARDS, N.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Expectancy Changes in Depression and Schizophrenia". Journal of Abnormal Psychology, 87, 102-109.
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. y TEASDALE, J.D. - (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 49-74.
- ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B. y ROSOFF, R. (1981). "Depression and the generation of Contingency". Behavior Research and Therapy, 19-1
- ALLOY, L.B. y ABRAMSON, L.Y. (1979). "Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: Sadder but Wiser?. Journal of Experimental Psychology, 108, 441-485.
- BECK, A.T. (1967). "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects". New York: Hoeber.
- BECK, A.T. (1978). "Depression Inventory". Philadelphia: Center of Cognitive Therapy.
- BEM, D.J. (1972). "Self-perception Theory". En L. Berkov (ed.). Advances in Experimental Social Psychology (Vol-6). New York. Academic Press.

- BUCHWALD, A.M. (1961). "Verbal Utterances as Data". In H. Feigl and G. Maxwell (Eds.), Current Issues in the Philosophy of Science. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- BUCHWALD, A.M., COYNE, J.C. y COLE, C.S. (1978). "A Critical Evaluation of the Learned Helplessness Model of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 180-193.
- CARROLL, B.J., FIELDING, J.M. y BLASHKI, T.G. (1973). "Depression Rating Scales: A Critical Review". - Archives of General Psychiatry, 28, 361-366.
- COSTELLO, C.G. (1978). "A Critical Review of Seligman's Laboratory Experiments on Learned Helplessness -- and Depression in Humans". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 21-31.
- DEPUE, R.A. y MONROE, S.M. (1978). "Learned Helplessness in the Perspective of the Depressive Disorders: Conceptual and Definitional Issues". Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº1, 3-20.
- DOUGLAS, D. y ANISMAN, H. (1975). "Helplessness or Expectation Incongruency: Effects of Aversive Stimulation on Subsequent Performance". Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1, 411-417.

- DYCK, D.G. y BREEN, L.J. (1978). "Learned Helplessness, Immunization and Importance of Task in Humans". Psychological Reports, 43, 315-321.
- EDWARDS, S.W. (1968). "Conservation in Human Information Processing". En B. Kleinmuntz (ed). Formal Representations of Human Judgment. New York, Wiley.
- FRANKEL, A. y SNYDER, M.L. (1978). "Poor Performance Following Unsolvable Problems: Learned Helplessness or Egotism?". Journal of Personality and Social Psychology, vol. 36, nº12, 1415-1423.
- GOLDING, S.L. y LICHTENSTEIN, E. (1970). "Confession of Awareness and Prior Knowledge of Deception as in Affective Disorders". In A. Coppen and A. Walk (Eds), Recent Developments in Affective Disorders: A Symposium. Special Publication nº2, British Journal of Psychiatry, 54-79.
- HAMILTON, M. (1960). "A Rating Scale for Depression". Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 23, 56-62.
- HANUSA, B.H. y SCHULZ, R. (1977). "Attributional Mediators of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 35, 602-611.
- HOGART, R.M. (1975). "Cognitive Processes and the Assessment of Subjective Probability Distribution".

tions". Journal of American Statistical Association, 70, 271-289.

HUESMAN, L.R. (1978). "Cognitive Processes and Models of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87, nº1, 194-198.

JONES, S.L., NATION, J.R. y MASSAD, P. (1977). "Immunization Against Learned Helplessness in Man". - Journal of Abnormal Psychology, 86, 75-83.

KILPATRICK-TABACK, B. y ROTH, S. (1978). "An Attempt to Reverse Performance Deficits Associated with Depression and Experimentally Induced Helplessness". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, - 141-154.

KLEIN, D.C. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Reversal and Performance Deficits and Perceptual Deficits in Learned Helplessness and Depression". Journal of Abnormal Psychology, 55, 11-26.

LAZARUS, R.S., DEESE, J. y OSLER, S.F. (1952). "The - Effects of Psychological Stress Upon Performance". Psychological Bulletin, 49, 293-317.

McNITT, P.C. y THORNTON, D.W. (1978). "Depression and Perceived Reinforcement: A Reconsideration". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 137-140.

- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression - and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1973). "Depression - and the Perception of Reinforcement". Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73.
- NISBETT, R.E. y WILSON, T.D. (1977). "Telling More - than we Can Know: Verbal Reports on Mental Processes". Psychological Review, 84, 231-259.
- O'LEARY, M.R., DONOVAN, D.M., KRUEGER, K.J. y CYSEWSKI, B. (1978). "Depression and Perception of Reinforcement: Lack of Differences in Expectancy - Change Among Alcoholics". Journal of Abnormal Psychology, 87, 110-112.
- PRINDAVILLE, P. y STEIN, N. (1978). "Predictability, Controllability and Inoculation Against Learned Helplessness". Behavior Research and Therapy, 16, 263-271.
- ROTTER, J.B., LIVERANT, S. y CROWNE, D.P. (1961). "The Growth and Extinction of Expectancies in Chance - Controlled and Skilled Tasks". Journal of Psychology, 52, 161-177.
- SACCO, W.P. y HOKANSON, J.E. (1978). "Expectations of Success and Anagram Performance of Depressives in

- SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Comment and Integration". --
Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº1, --
 165-179.
- SMOLEN, R.C. (1978). "Expectancies, Mood, and Performan
 ce of Depressed and Nondepressed Psychiatric Inpa-
 tients on Chance and Skill Tasks". Journal of Ab--
normal Psychology, 87, 1, 91-101.
- TEASDALE, J.D. (1978). "Effects of Real and Recalled -
 Success on Learned Helplessness and Depression".
Journal of Abnormal Psychology. 87, 155-164.
- WEISSMAN, M.M., PRUSOFF, B. y PINCUS, C. (1975). - -
 Symptom Patterns in Depressed Patients and Depres-
 sed Normals". Journal of Nervous and Mental Disea
se, 160, 15-23.
- WILLIS, M.H. y BLANEY, P.H. (1978). "Three Tests of the
 Learned Helplessness Model of Depression". Journal
of Abnormal Psychology, 87, 1, 131-136.
- WINOKUR, G., CLAYTON, P.J. y REICH, T. (1969). "Manic
Depressive Disease". St. Louis, Mo: Mosby.
- WORTMAN, C.B. y DINTZER, L. (1978). "Is an Attributio-
 nal Analysis of the Learned Helplessness Phenome-
 non Viable?: A Critique of the Abramson, Seligman
 and Teasdale Reformulation". Jour. of Abnormal -
Psychology, 87, 1, 75-90.

WORTHMAN, C.B. PANCIERA, L., SHUSTERMAN, L. y HIDSCHER;
J J. (1976). "Attributions of Causality and Reac- -
tions to Uncontrollable Outcomes". Journal of Ex-
perimental Social Psychology, 12, 301-316.

204

SEGUNDA PARTE

PLANTEAMIENTO

EXPERIMENTAL

CAPITULO 7

HIPOTESIS GENERALES

En este capítulo plantearemos las hipótesis generales de nuestro trabajo, exponiendo en primer lugar - aquellas que se refieren a la teoría del "learned helplessness" como tal, y posteriormente centrándonos en - éste como modelo de depresión. Por último, elaboraremos algunas hipótesis complementarias que consideramos interesantes para el trabajo, y en general para el estudio de las alteraciones depresivas.

Siguiendo un orden similar al de la discusión del capítulo anterior, comenzaremos con el desvalimiento - aprendido y los déficits motivacionales y cognitivos - que se consideran como propios del mismo. He aquí nuestra primera hipótesis:

1. Si la falta de control sobre los eventos o consecuencias produce déficits motivacionales y cognitivos, aquellos sujetos que sean expuestos a una situación que provoque esa incontrolabilidad mostrarán un rendimiento más bajo en tareas posteriores que aquellos otros que no hayan tenido que enfrentarse con tal situación.

No obstante, tal y como hemos apuntado en la parte teórica, parece probable que el desvalimiento aparezca a partir de la percepción de incontrolabilidad por parte del propio sujeto independientemente de que ésta exista o no de forma objetiva. Este argumento, con el que nos encontramos totalmente identificados su pondría un nuevo matiz que daría lugar a una segunda hipótesis.

2. Si es la percepción de incontrolabilidad la que determina la aparición de los déficits motivacionales y cognitivos, aquellos sujetos que manifiestan una falta de control sobre los eventos - aún cuando las circunstancias objetivas indiquen lo contrario, mostrarán un rendimiento más bajo en tareas posteriores que aquellos otros que no hagan este tipo de manifestación.

En cuanto a los déficits emocional o afectivo y de auto-estima, hemos podido observar en capítulos anteriores cómo los reformuladores del "learned helplessness"

consideran que dependen tanto de la incontrolabilidad como de la importancia de la consecuencia (Abramson, - Seligman y Teasdale, 1978). En este sentido parece claro que los resultados de las pruebas que realicemos en nuestros experimentos, no constituyen en sí mismos consecuencias de tal importancia para los sujetos experimentales como para que en caso de que éstos no ejerzan o perciban un control sobre las mismas, puedan llegar a provocar tales déficits. Sin embargo, pensamos que - un sujeto que se presenta voluntario a efectuar una - prueba que aparentemente no ofrece grandes dificultades y fracasa en la misma, sí que es muy probable que le - dé cierta importancia a este hecho aunque la tarea en sí misma no sea importante en el contexto de su vida. Este razonamiento nos llevaría a considerar la posibilidad de que pudiesen presentarse ciertas aproximaciones a los déficits a que estamos refiriéndonos, lo que justificaría las siguientes hipótesis:

3. Si consideramos que la mayoría de los sujetos le darán cierta importancia al fracaso en las tareas a realizar, y esta circunstancia unida a la falta de control sobre las mismas produce déficits emocionales o afectivos, aquellos sujetos que experimenten tal incontrolabilidad obtendrán puntuaciones más elevadas en los cuestionarios control de ansiedad y depresión que aquellos otros que no pasen por esta experiencia.

4. Si consideramos que la mayoría de los sujetos -- le darán cierta importancia al fracaso en las -- tareas a realizar y esta circunstancia, unida a la falta de control sobre las mismas produce déficits de auto-estima, un alto porcentaje de sujetos que experimenten tal incontrolabilidad atribuirá su fracaso a causas internas, y creará que los compañeros experimentales han realizado la -- prueba mejor que ellos, y que esto mismo sucederá en futuras ocasiones.

5. Si consideramos que la mayoría de los sujetos le darán cierta importancia al fracaso en las tareas a realizar, y esta circunstancia unida a la falta de control sobre las mismas produce déficits de auto-estima, es probable que en un porcentaje considerable los sujetos que experimenten tal incontrolabilidad, en caso de percibir posteriormente una experiencia como exitosa lo atribuyan a causas externas, y que además lo hagan en una medida mucho mayor que aquellos otros que no hayan experimentado anteriormente la falta de control.

Por otro lado, parece posible que pueda existir -- una cierta relación entre los déficits emocional o -- afectivo y de auto-estima. La hipótesis sería la siguiente:

6. Si existe una cierta relación entre los défi- -
 cits emocional o afectivo y de auto-estima, aque-
 llos sujetos que experimenten una falta de con-
 trol, y atribuyan su fracaso a causas internas -
 obtendrán puntuaciones más altas en los cuestio-
 narios control de ansiedad y depresión que aque-
 llos otros que en las mismas circunstancias lo -
 atribuyan a causas externas.

Las próximas hipótesis estarán relacionadas con -
 los cambios de expectativa en la estimación de la pro-
 babilidad de conseguir un éxito. La primera se refiere
 a si los desvalidos tienen o no menos cambios de expec-
 tativa y la segunda se centra en la sugerencia de - -
 Abramson, Seligman y Teasdale (1978) consistente en -
 que los cambios de expectativa dependen de la dimen- -
 sión atribucional de estabilidad.

7. Si los sujetos desvalidos presentan menos cambios
 en sus expectativas al estimar la probabilidad de
 conseguir un éxito que los que no lo están, aque-
 llos que al realizar las tareas correspondientes
 experimenten una falta de control sobre las mis-
 mas, mostrarán menos cambios en sus expectativas
 que aquellos otros que no vivencien esta experien-
 cia.

8. Si la dimensión atribucional de estabilidad determina los cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, aquellos sujetos que atribuyan su fracaso a causas estables mostrarán cambios menores en sus expectativas que aquellos otros - que lo atribuyan a causas inestables.

En lo que se refiere a la cronicidad y la generalización del "learned helplessness" plantearemos también dos hipótesis:

9. Si la cronicidad del "learned helplessness" depende de la dimensión atribucional estable-inestable, aquellos sujetos desvalidos que atribuyan su fracaso a causas estables, mostrarán un rendimiento más bajo en tareas posteriores similares a la que provocó la falta de control, que aquellos otros - que lo atribuyan a causas inestables.
10. Si la generalización del desvalimiento aprendido depende de la dimensión atribucional global-específico, aquellos sujetos desvalidos que atribuyan su fracaso a causas globales, rendirán peor en una tarea posterior distinta a la que provocó la incontrolabilidad que aquellos otros que lo atribuyan a causas específicas.

Hemos comentado también en la parte teórica cómo el desvalimiento personal parece que produce déficits motivacionales y cognitivos más profundos que el desvalimiento universal, y cómo la diferencia entre ambos - parece estar determinada por la dimensión atribucional interno-externo. Nuestra hipótesis es la siguiente:

11. Si la dimensión atribucional interno-externo determina que el desvalimiento sea personal o universal, y aquél produce déficits motivacionales y cognitivos más intensos que éste, aquellos sujetos desvalidos que atribuyan su fracaso a causas internas rendirán peor en tareas posteriores que aquellos otros que lo atribuyan a causas externas.

Para finalizar con las hipótesis que se refieren a la teoría del desvalimiento aprendido como tal, plantearemos una que tiene que ver con el tipo de atribución que ante el fracaso suelen hacer los sujetos desvalidos.

12. Si los sujetos desvalidos tienden a atribuir su fracaso a causas internas, estables y globales, - un alto porcentaje de aquellos que al realizar - las tareas correspondientes experimenten una falta de control sobre las mismas, atribuirá su fracaso a este tipo de causas.

Centrándonos ahora en el desvalimiento aprendido como posible modelo de depresión, en lo que se refiere a déficits motivacionales y cognitivos plantearemos - las hipótesis que se citan a continuación:

13. Si los déficits motivacionales y cognitivos son propios de la depresión, los sujetos catalogados como depresivos mostrarán un rendimiento más bajo que los no depresivos en las tareas correspondientes.
14. Si los déficits motivacionales y cognitivos del "learned helplessness" son similares a los de la depresión, los sujetos desvalidos rendirán de forma similar a los depresivos en las tareas correspondientes.

En cuanto a los déficits emocional o afectivo y de auto-estima, tal y como expusimos en la discusión del último capítulo de la parte teórica, será difícil encontrar en nuestros experimentos similitudes entre desvalimiento y depresión, debido al ya comentado problema de la importancia que la consecuencia no contingente tiene para el sujeto, ya que parece evidente que aunque éstos en cierto modo se la den al hecho de fracasar en las tareas que deben resolver, presenten pequeños déficits afectivos y de auto-estima, la intensidad

del desvalimiento no será la suficiente como para que tales déficits puedan compararse a los de la depresión. Sin embargo, y partiendo de estas limitaciones intentaremos en la medida que sea posible hallar algunos datos que sugieran o no la existencia de una cierta similitud entre el "learned helplessness" y la depresión - en lo que se refiere a estos déficits. Estas son nuestras hipótesis:

15. Si los déficits emocionales o afectivos son propios de la depresión los sujetos depresivos obtendrán puntuaciones más altas que los que no lo son en los cuestionarios control de depresión y probablemente también en los de ansiedad.
16. Si los déficits emocionales o afectivos que podemos encontrar entre los "sujetos desvalidos" en nuestros experimentos tienen alguna similitud con los de la depresión, las puntuaciones de estos sujetos en los cuestionarios control de depresión - tendrán una cierta aproximación a las que obtengan los depresivos, y probablemente sucederá lo mismo en los cuestionarios control de ansiedad.

Respecto a las dos hipótesis anteriores, se podría apuntar que los depresivos no tienen por qué vivenciar necesariamente ansiedad, tal y como subraya el propio

Seligman (1975) al indicar que no existe la evidencia - suficiente como para afirmar que es un síntoma de la en fermedad depresiva. Sin embargo, son diversos los auto- res que sostienen que la depresión aparece en muchos ca sos como respuesta que sustituye a aquélla poco a poco (Maier, Seligman y Solomon, 1970; Wolpe, 1973; Becker, 1977), lo que hace concebir la posibilidad de que las - depresiones menos graves vayan acompañadas de un cierto índice de ansiedad. Teniendo en cuenta que este argumento es una mera posibilidad tal y como el lector habrá - podido apreciar hemos redactado las hipótesis utilizando la palabra "probablemente" al referirnos a las puntu- tuaciones en estos cuestionarios.

En cuanto al déficit de auto-estima he aquí las hi pótesis que planteamos:

17.- Si una baja auto-estima es un déficit propio de la depresión, un elevado porcentaje de sujetos catalo gados como depresivos atribuirá sus fracasos a cau sas internas y además creará que los compañeros ex perimentales han realizado la prueba mejor que - ellos y que esto mismo sucederá en futuras ocasio- nes.

18.- Si una baja auto-estima es un déficit propio de la depresión, la mayor parte de los sujetos depresi-- vos atribuirá sus éxitos a causas externas, mien-- tras que la mayoría de los no depresivos lo hará a causas internas.

19. Si los déficits de auto-estima que podemos encontrar entre los sujetos desvalidos en nuestros experimentos, tienen alguna similitud con los déficits de auto-estima de la depresión, el porcentaje de estos sujetos que atribuirá su fracaso a causas internas, creerá que los compañeros experimentales lo han hecho mejor y manifestará que éstos también resolverán mejor futuras tareas, se aproximará al porcentaje de sujetos depresivos que expresará el mismo tipo de atribuciones, creencias y manifestaciones.

20. Si los déficits de auto-estima que podemos hallar entre los sujetos desvalidos en nuestros experimentos presentan similitudes con los déficits de auto-estima propios de la depresión, el porcentaje de estos sujetos que atribuirá su éxito en caso de conseguirlo a causas externas, se aproximará en cierto modo al porcentaje de sujetos depresivos que actuará de la misma forma.

Trasladándonos ahora al tema de los cambios de expectativa en la estimación de la probabilidad de conseguir un éxito emitiremos las siguientes hipótesis:

21. Si los depresivos presentan menos cambios en sus expectativas al estimar la probabilidad de conse-

guir un éxito que los que no lo son, aquellos sujetos que participen en nuestro experimento catalogados como tales, mostrarán menos cambios en sus expectativas que los clasificados como no depresivos.

22. Si la magnitud de los cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito constituye una similitud entre "learned helplessness" y depresión, los sujetos desvalidos y depresivos de nuestras muestras obtendrán resultados similares en este sentido.

23. Si es la dimensión atribucional de estabilidad la que determina los cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, y los depresivos presentan cambios menores en sus expectativas que los no depresivos, probablemente también atribuirán sus fracasos a causas más estables que éstos.

En cuanto a la cronicidad y la generalización, pensamos que cuanto más crónico sea el desvalimiento, y cuanto más se generalice a otras situaciones, mayor será su aproximación a la depresión, por lo que nuestros esfuerzos en este área se centrarán en comprobar si las atribuciones que los depresivos hacen respecto a sus fracasos son fundamentalmente estables y globales tal y

como Abramson, Seligman y Teasdale (1978) afirman que - sucede con aquellos sujetos cuyo desvalimiento tiende a ser crónico y generalizado respectivamente.

24. Si cuanto más crónico es el desvalimiento mayor es su aproximación con la depresión, y esta cronici--
1 depende de la dimensión atribucional estable-ines- table, la mayor parte de los sujetos depresivos - atribuirá sus fracasos a causas estables.

25. Si cuanto más se generaliza el desvalimiento a - - otras situaciones diferentes a la que lo provocó, mayor es su aproximación con la depresión, y esta generalización depende de la dimensión atribucio- nal global-específico, la mayor parte de los suje- tos depresivos atribuirá sus fracasos a causas glo- bales.

Por último, plantearemos una serie de hipótesis - complementarias que consideramos de interés dentro de - nuestro trabajo y del estudio general de la depresión. En primer lugar nos centraremos en determinadas circun- stancias sociales que tal y como hemos visto en el estu- dio de Brown y Harris (1978) parecen facilitar la apari- ción de la misma.

26. Si los acontecimientos graves en la vida de las - personas favorecen las alteraciones depresivas, en contraremos una correlación altamente positiva entre ambas variables.
27. Si las dificultades importantes en la vida de las personas favorecen la depresión, hallaremos una co rrelación positiva elevada entre ambas variables.
28. Si los factores que crean vulnerabilidad favorecen la depresión, la correlación que encontraremos entre ambas variables será altamente positiva.

Teniendo en cuenta las hipótesis anteriores podría mos plantear la posibilidad de que una similitud entre "learned helplessness" y depresión consistiese en que - circunstancias sociales facilitadoras de ésta se pre-- sentasen en mayor medida en aquellos sujetos que experi^u mentan el desvalimiento que en aquellos otros que no pa san por esta experiencia. Estas circunstancias sociales crearían en cierto modo una cierta propensión a experi- mentar una falta de control sobre los eventos. La hipó- tesis que podría plantearse sería la siguiente:

29. Si las circunstancias sociales que facilitan la de^u presión facilitan también la aparición del desvali

miento aprendido, aquellos sujetos que experimen--
ten una falta de control al realizar las pruebas -
correspondientes, habrán manifestado en el cuestio
nario procedente un número mayor de "acontecimien
tos graves", "dificultades importantes" y "facto--
res que crean vulnerabilidad", que aquellos otros
que en la misma circunstancia no experimenten tal
incontrolabilidad.

Conviene recordar que los autores anteriormente ci
tados afirmaron que los factores que crean vulnerabili
dad únicamente aumentan el riesgo de depresión en pre--
sencia de los agentes provocadores -acontecimientos gra
ves o dificultades importantes-. Sin embargo, en nues--
tro estudio intentaremos comprobar si son en sí mismos
facilitadores de los trastornos depresivos, y del des--
valimiento.

Por otro lado, algunos autores consideran al entre
namiento asertivo como una estrategia importante para -
combatir la depresión (Wolpe, 1973; Lazarus, 1974). En
líneas generales, la conducta asertiva podría definirse
como aquella mediante la cual una persona es capaz de -
expresar directa y adecuadamente sus opiniones y senti
mientos en situaciones interpersonales y sociales.

Parece evidente que la incontrolabilidad sobre los
eventos podría contribuir a que este tipo de conducta -
fuese desapareciendo del repertorio del sujeto, ya que

una persona que no considera efectivas sus respuestas, creemos que difícilmente será capaz de expresar sus opiniones y sentimientos directa y adecuadamente. He aquí nuestra hipótesis:

30. Si las conductas asertivas disminuyen con la depresión, la correlación entre ésta y la asertividad - será altamente negativa.

Finalmente, dedicaremos las últimas hipótesis a la relación entre depresión y motivación por un lado, y - aquélla y ansiedad por otro. En el primer caso distin--guiremos entre motivación positiva y motivación negativa, y en el segundo entre ansiedad facilitadora del rendimiento y ansiedad inhibidora del mismo. Estas diferencias serán explicadas detalladamente en los próximos capítulos.

31. Si la depresión presenta una disminución de la motivación positiva, la correlación entre ambas varriables, será elevadamente negativa.
32. Si la motivación negativa aumenta en los estados - depresivos, encontraremos una correlación altamente positiva entre ambas variables.

33. Si la ansiedad facilitadora del rendimiento es -- una respuesta en cierto modo opuesta a la depresión la correlación que hallaremos entre ambas variables será altamente negativa.
34. Si la ansiedad inhibidora del rendimiento favorece la depresión, la correlación entre ambas variables será elevadamente positiva.

Todas las hipótesis planteadas constituirán el objetivo de los experimentos que realizaremos cuyo contenido específico será expuesto y analizado detalladamente en próximos capítulos.

De forma similar al planteamiento que hemos hecho con las circunstancias sociales, podríamos pensar que -- una puntuación alta en aquellas variables que en las seis hipótesis anteriores correlacionan positivamente con la depresión, supondría una cierta propensión al desvalimiento aprendido. Sin embargo, creemos que una posible diferencia está en que aquéllas son generalmente previas a la alteración depresiva y no consecuencia de ésta mientras que en los casos restantes parece más problemático determinar esta circunstancia.

No obstante y aunque no plantearemos ninguna hipótesis en este sentido, compararemos en nuestro experimento principal las puntuaciones que se obtengan en los

cuestionarios previos a las pruebas específicas del mis
mo en asertividad, motivación y ansiedad entre aquellos
sujetos que posteriormente vivenciaron el desvalimiento
y aquellos otros que no lo hicieron.

NOTAS

ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. y TEASDALE, J.D. (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 49-74.

BECKER, J. (1977). "Affective Disorders". Morristown, N.J.: General Learning. Press.

BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women". Tavistock Publications.

LAZARUS, A.A. (1974). "A Multidimensional Behavioral - Treatment of Depression". Behavior Therapy, 5, -- 549-554.

MAIER, S.F., SELIGMAN, M.E.P. y SOLOMON, R.L. (1970). "Pavlovian Fear Conditioning and Learned Helplessness". In B.A. Campbell and R.H. Church (Eds), -- Punishment. New York: Appleton-Century-Crofts, -- 299-343.

SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression, Development, and Death". San Francisco: Freeman.

VOLPE, J. (1973). "Práctica de la Terapia de la Conducta". Ed. Trillas. México, 1977. Traducción de la versión original "The Practice of Behavior Therapy".

CAPITULO 3

PROCEDIMIENTO GENERAL

El escaso número de investigaciones realizadas - hasta el momento sobre este tema, y las posibilidades tan limitadas que teníamos para desarrollar nuestros - experimentos constituyeron en un principio dos obstáculos importantes que debíamos superar. El objetivo no - era otro que encontrar por un lado pruebas adecuadas - que cubriesen nuestras necesidades y al mismo tiempo - fuesen fáciles de aplicar. Por otro, una muestra lo su ficientemente extensa como para que nuestros datos resultasen relevantes y para la que el éxito o fracaso - en las pruebas tuviese una cierta importancia. Por último, unos diseños que nos permitiesen confirmar o rechazar las hipótesis planteadas en el capítulo anterior.

En lo que se refiere a las pruebas, elegimos en - primer lugar el BDI (Inventario de Depresión de BECK,

1961, 1967, 1978) para medir el nivel de depresión de los sujetos experimentales. Mediante esta prueba determinamos tres "grupos de depresión" denominados "normales", "leves" y "moderados", cuyas características explicamos con más detalle en el apartado dedicado a esta prueba.

La asertividad la medimos utilizando la escala de Rathus (1973) y la motivación y la ansiedad por medio del cuestionario MAE (Pelechano, 1975). Además confeccionamos otra prueba a la que llamamos "Cuestionario de circunstancias sociales facilitadoras de la depresión" tomando como punto de partida el estudio de Brown y Harris (1978) al que ya hemos hecho referencia extensamente en la parte teórica de este trabajo.

A las cuatro pruebas anteriores las bautizamos con el nombre de "generales" y serán realizadas por todas aquellas personas que participen en nuestros experimentos. Los datos que se obtengan en ellas tendrán en algunos casos una importancia decisiva, como por ejemplo los del BDI, y en otros servirán como control de los que se hallen en las investigaciones. Finalmente será interesante observar la posible relación entre sí, y por supuesto entre las mismas y el "learned helplessness". Todas estas pruebas están detalladamente explicadas en el apartado correspondiente.

En segundo lugar, elaboramos una serie de pruebas a las que denominamos "específicas", cuya aplicación -

se limita a situaciones experimentales concretas. Su finalidad no es otra que provocar o no una situación de desvalimiento, o tratar de medir los posibles déficits que se derivan de tal situación, así como el tipo de atribuciones ante el fracaso y el éxito, los cambios de expectativa, y en definitiva todo lo relacionado con el desvalimiento aprendido.

La exposición detallada de cada una de estas pruebas, tiene lugar en el apartado correspondiente del experimento concreto donde se aplican, y podemos adelantar que se basan en tareas al alcance de nuestras posibilidades, como por ejemplo intentar solucionar "sopas de letras". Somos conscientes de la existencia de otras alternativas probablemente más eficaces como la utilización de determinados aparatos de laboratorio a los que hacen mención algunos autores. Sin embargo, la imposibilidad de valernos de este tipo de medios nos ha proporcionado la oportunidad de confeccionar pruebas asequibles y pensamos que válidas para afrontar este trabajo, lo que consideramos un paso adelante en la investigación del "learned helplessness".

En cuanto a la muestra, decidimos trabajar con estudiantes universitarios de ambos sexos y una edad máxima de veintiocho años.

En líneas generales, la selección se hizo por medio de diversos contactos, en su mayoría profesores, que nos permitieron solicitar voluntarios para reali--

zar unas pruebas correspondientes a una tesis doctoral. Para evitar posibles alteraciones de los resultados, - en ningún caso se les indicó el contenido y los fines de la investigación. Las peculiaridades concretas de - la selección de la muestra en cada uno de los experi-- mentos quedan reflejadas en el apartado que en cada - uno dedicamos a ello.

Por lo que respecta a los diseños, y partiendo de las hipótesis planteadas, establecimos por un lado com paraciones entre sujetos normales en cuanto a nivel de depresión sometidos previamente a experiencias que in ducen a una incontrolabilidad sobre los eventos, y su- jetos también normales pero no expuestos a ese tipo de experiencia previa. Se comparó el rendimiento de ambos grupos en determinadas tareas como encontrar palabras en una "sopa de letras" o aprender modelos de sucesión de vocablos, así como la percepción del propio rendi-- miento por parte de los distintos sujetos que componen aquéllos.

Tratamos también los posibles déficits emocional o afectivo y de auto-estima, así como los cambios de - expectativa al estimar la probabilidad de éxito y el - tipo de atribuciones ante éste y el fracaso, así como su posible importancia en la generalización y la croni- cidad del desvalimiento.

Posteriormente, entramos en el tema del "learned helplessness" como modelo de depresión, y básicamente

realizamos comparaciones entre sujetos "normales" sometidos y no sometidos a experiencias previas de falta de control, y sujetos depresivos en sus niveles "leves" y "moderados". De esta forma intentamos comprobar hasta qué punto existen ciertas similitudes entre el desvalimiento aprendido y la depresión.

En un gran número de comparaciones se utilizaron análisis de varianza realizados en unos casos en el centro de cálculo de la Universidad Complutense de Madrid, y en otros por el propio autor de la tesis.

Como prueba posterior a estos análisis y como complemento de los mismos, en caso de existir una variación estadísticamente significativa entre los grupos analizados, se empleó la prueba de Scheffé o la de "t" para determinar entre cuáles concretamente existen tales diferencias.

En otras comparaciones apelamos únicamente a la prueba de "t", y en otras nos limitamos a exponer los distintos tantos por ciento obtenidos por cada uno de los grupos en cuestión.

Por último, en cada uno de los experimentos se realizó un análisis correlacional en el centro de cálculo de la Universidad Complutense de Madrid en el que incluimos las puntuaciones de todas las pruebas desarrolladas por los sujetos -tanto específicas como generales- con el fin de observar las correlaciones existentes entre las distintas variables.

Dividimos la investigación en cuatro experimentos cuyas características principales son las siguientes:

El primero o número 1 es un estudio en cierto modo piloto, que esperamos nos sirva como plataforma de los demás. El diseño es muy simple y tan sólo intentamos ver si se producen déficits motivacionales y cognitivos tras una tarea previa en la que se expone a los sujetos a una situación de incontrolabilidad. El propósito principal de este experimento es observar qué tipo de dificultades o inconvenientes pueden surgir en su desarrollo, y como consecuencia de ello, qué modificaciones debemos introducir en sucesivas oportunidades.

El experimento nº 12 constituye el núcleo central de la investigación. La aplicación de sus pruebas es colectiva y los datos que se obtengan servirán para afrontar la mayor parte de las hipótesis planteadas en el capítulo anterior.

Para evitar interferencias en este experimento principal, los estudiantes que participan en el mismo son alumnos de Psicología y Pedagogía, mientras que los que lo hacen en el experimento nº 1 no pertenecen en ningún caso a estas facultades.

Los objetivos del experimento nº 3 son más limitados que los de su antecesor, pero también de gran importancia, sobre todo teniendo en cuenta que sus pruebas se aplican individualmente y se pueden controlar mejor

algunas variables. Está dividido en dos partes, A y B, representadas por situaciones experimentales diferentes. La confrontación final de los resultados que se consigan en ambas, tiene como finalidad comprobar o no posibles similitudes entre el "learned helplessness" y la depresión.

Por último, el experimento nº 4 no es más que un análisis correlacional entre todas las variables que se obtengan a partir de las pruebas generales, más el sexo y la edad de todos los sujetos experimentales que participan en los tres primeros experimentos. Los resultados y conclusiones del mismo pensamos que pueden tener cierta importancia en el estudio general de la depresión debido fundamentalmente al número de variables que de alguna forma tienen relación con la misma, y al considerable número de sujetos que tiene nuestra muestra total.

Con excepción del último y de la parte A del tercero, los experimentos constan de una "fase de tratamiento" en la que se induce o no a los sujetos a una falta de control sobre los eventos, y posteriormente de una "fase de test" en la que se miden los posibles déficits que hayan podido producirse como consecuencia de la experiencia anterior.

A partir de este momento y una vez explicadas todas estas vicisitudes describiremos nuestro trabajo en presente, tal y como se desarrolló en la realidad.

NOTAS

- BECK, A.T. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". Archiv of General Psychiatry, 4, 53-63.
- BECK, A.T. (1967). "Depression: Causes and Treatment!". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1978). "Depression Inventory". Philadelphia: Center of Cognitive Therapy.
- BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in - Women". Tavistock Publications.
- PELECHANO, V. (1975). "Cuestionario MAE (Motivación y Ansiedad de Ejecución)". Frasco Española, S.A.
- RATHUS, S.A. (1973). "A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior". Behavior Therapy, 4, 399-400

CAPITULO 9

PRUEBAS GENERALES

CUESTIONARIO DE CIRCUNSTANCIAS SOCIALES

FACILITADORAS DE LA DEPRESION

Con el fin de controlar diversas circunstancias sociales que suelen ser aceptadas como facilitadoras de la depresión, decidimos confeccionar un cuestionario que cumpliera este cometido y con este propósito tomamos como punto de partida el estudio de BROWN y HARRIS (1978) sobre "ORIGENES SOCIALES DE LA DEPRESION" que ampliamente hemos analizado en la parte teórica de este trabajo.

Teniendo en cuenta la muestra que iba a participar en nuestra investigación dirigimos nuestro cuestionario hacia la obtención de tres medidas: por un lado, los "agentes provocadores" de la depresión divididos a su vez tal y como hacen BROWN y HARRIS (1978) en "acontecimientos graves" y "dificultades importantes". Por otro, los "factores que crean vulnerabilidad" y que aumentan el riesgo de depresión en presencia de los "agentes provocadores".

Como se puede observar, no valoramos ni las "etapas de la vida" ni la clase social, variables estas que los autores a que anteriormente nos referíamos incluyen en su estudio. En el primer caso, no lo hacemos, pues como recordará el lector, las dos "etapas de la vida" tienen como frontera los treinta y cinco años, y en nuestra muestra pretendíamos que no hubiese personas mayores de veintiocho. En el caso

de la clase social, BROWN y HARRIS (1978) encontraron diferencias entre la clase media y la clase trabajadora únicamente en mujeres que tenían tres o más hijos menores de catorce años en el hogar. Dado que en nuestra investigación iban a participar estudiantes con una edad máxima de veintiocho años, pensamos que la gran mayoría de nuestros sujetos experimentales no tendrían tres o más hijos menores de catorce años en el hogar, lo que unido al hecho de que todos serían estudiantes universitarios, nos hizo descartar la idea de realizar esta distinción.

Así pues, el cuestionario consta de dos partes. La primera, denominada con la letra "A", se refiere a los acontecimientos graves sufridos por el sujeto durante el último año. Consta de seis preguntas que corresponden a seis áreas de posibles acontecimientos o pérdidas graves tal y como hacen BROWN y HARRIS (1978) en su investigación. En cada una de las preguntas el sujeto debe contestar si ha sufrido o no acontecimientos o pérdidas graves del tipo que se le indica, y en caso de que así haya sido señalar también el número de ellos, y además, valorar de 1 a 5 puntos la gravedad de los mismos.

En la corrección de esta primera parte del cuestionario únicamente se tienen en cuenta aquellos acontecimientos o pérdidas calificadas por el sujeto como de gravedad 4 ó 5. La suma de todos éstos constituye la puntuación del cuestionario que se refiere a acontecimientos graves.

La segunda parte señalada con la letra "B" consta de veintinueve preguntas. Cuatro de ellas sirven para obtener la puntuación en "factores que crean vulnerabilidad", refiriéndose una al número de hijos menores de catorce años en el hogar, otra a si murió o no la madre del sujeto antes de que éste tuviese once años, y las dos restantes al grado de intimidad. En este último punto se le pregunta al sujeto por un lado respecto a la frecuencia de su relación íntima, y por otro respecto a la intensidad de la misma valorada de 1 a 5 puntos.

Se adjudica un punto a aquellas personas que manifiestan tener tres o más hijos menores de catorce años en el hogar, a aquéllos cuya madre murió antes de los once años, y, por último, a las que no mantienen una relación íntima "continuamente" o "casi siempre" con una intensidad "4" ó "5". La suma de estos puntos nos da la puntuación directa en "factores que crean vulnerabilidad".

De las veinticinco preguntas restantes, tres son de tipo meramente informativo y no puntúan de ninguna forma. Su utilidad se limita a situar al entrevistado en los distintos tipos de preguntas que afronta esta parte del cuestionario, y a proveer al investigador de una información en principio secundaria, pero que puede llegar a tener su importancia dentro del estudio.

Faltan pues veintidós preguntas que sirven para determinar la puntuación en "dificultades importantes". En estos items se le pregunta al sujeto si durante - los dos últimos años ha tenido dificultades de distintos tipos, así como la frecuencia con que han sucedido y la intensidad de las mismas valorada de 1 a 5. - Como excepción a esta norma en dos preguntas sólo se tiene un elemento de medida. Se trata de los items 9 y 10 cuya excepcionalidad comprenderá el lector en - cuanto lea su contenido.

Unicamente puntúan un punto aquéllas que se han producido "continuamente" o "casi siempre" y con una intensidad de 4 ó 5, salvo en las que son una excepción y sólo tienen una medida. En algunas preguntas - planteadas a la inversa se anota un punto cuando la - frecuencia es de "nunca" o "alguna vez" y la intensidad es de 1 ó no hay respuesta al ser la frecuencia - de "nunca". La suma de los puntos obtenidos nos da la puntuación directa en "dificultades importantes". Tanto la prueba al completo como los items que pertenecen a cada una de las puntuaciones pueden encontrarse en el apéndice del trabajo.

EL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (B.D.I.)

Para poder medir el grado de depresión de los sujetos de nuestra muestra decidimos utilizar el "INVENTARIO DE DEPRESION" de BECK ("BECK DEPRESSION INVENTORY"; BDI) (BECK, 1961, 1967, 1978) dado que es la prueba que preferentemente utilizan con tal fin SELIGMAN y sus colaboradores.

En uno de los capítulos de la parte teórica quedan reflejadas diversas opiniones, como la de DEPUE y MONROE (1978) contrarias a la utilización de este cuestionario como único elemento para seleccionar a los sujetos como depresivos o no depresivos. En el mismo apartado el lector encontrará distintas razones en las que éstos autores basan su juicio, así como la réplica de SELIGMAN (1978) señalando que aún estando en parte de acuerdo con ellos, existe cierta evidencia experimental que avala el BDI como un discriminador válido de la depresión, y esta validez parece ser incluso mayor en las puntuaciones más bajas.

A pesar de estas controversias y guiados porque el punto central de nuestra investigación es el desvalimiento aprendido, tal y como hemos señalado anteriormente optamos por utilizar la misma prueba que sus principales investigadores, si bien pensamos que la versión elegida debía ser una adaptación al castellano de la escala que hubiese sido validada con muestras españolas. Finalmente nos decidimos por la versión de CONDE y colaboradores (1976).

Estos autores tras matizar distintas aplicaciones del BDI con muestras diversas realizaron una revisión crítica del mismo comparando en cada uno de sus elementos los valores obtenidos en el Índice de Homogeneidad y el Índice de Validez así como el valor medio de la puntuación del ítem, y teniendo en cuenta la dificultad expresada por los sujetos experimentales en comprensión e inteligibilidad durante la recogida de los datos.

Partiendo de los resultados de su estudio, CONDE y sus colaboradores (1976) ofrecen una nueva adaptación castellana del cuestionario en la que quedan eliminados los ítems originales nºs 6 y 14 y además se altera la secuencia de las distintas alternativas de respuesta en los diecinueve ítems restantes, evitando de esta manera que aparezcan colocados en orden gradual según su intensidad.

La prueba utilizada en nuestro estudio con la puntuación correspondiente a cada una de las respuestas figura en el apéndice del trabajo.

En cuanto a la puntuación que determina el estado depresivo se han utilizado distintos criterios. Así, MILLER y otros (1975) dividieron a los sujetos en no depresivos y depresivos utilizando la puntuación media de la muestra total en el BDI como frontera entre ambos grupos si bien SELIGMAN y sus colaboradores suelen utilizar la puntuación 9 como línea divisoria.

RIZLEY (1978) consideró sujetos normales a aquéllos que obtuvieron 7 puntos o menos, y depresivos a quienes obtuvieron 12 puntos o más. En otros estudios, WILLIS y BLANEY (1978) clasificaron como normales a aquellos sujetos cuya puntuación fue de 9 ó menos mientras que KILPATRICK-TABAK y ROTH (1978) lo hicieron con los que puntuaron hasta 7. Por otro lado, SMOLEN (1978) catalogó como depresivos a aquéllos que obtuvieron 10 ó más puntos y McNITT y THORNTON (1978) decidieron situar como normales a sujetos con puntuaciones de 5 como máximo y como depresivos a los que tenían 9 ó más puntos. SACCO y HOKANSON (1978) se inclinaron por la puntuación 9 como límite entre ambas categorías, e hicieron lo mismo O'LEARY y DONOVAN (1978) si bien estos autores, además designaron la puntuación 14 como el comienzo de la "alta depresión". Como vemos, los autores no se ponen de acuerdo en este sentido y además tampoco le dan una gran importancia al hecho de que cada uno utilice el criterio que más conveniente le parezca. No obstante, parece que en la mayoría de los casos, la división entre normales y depresivos gira en torno a la puntuación 9.

En nuestro estudio estableceremos tres posibles categorías. Por un lado, consideremos como "normales" a aquellos sujetos que puntúen entre 0 y 9. La segunda categoría, a cuyos sujetos denominaremos "leves", incluirá personas con una puntuación mínima de 10, y una puntuación máxima de 17. Por último, a aquéllos

que puntúen 18 ó más se les agrupará en una tercera - categoría bajo el nombre de "moderados".

Aunque esta clasificación es posible que tenga - algunas deficiencias, nos parece bastante operativa - para nuestra investigación. Las dos primeras catego-- rías corresponden a la clásica distinción entre norma les y depresivos y se incluye la tercera con el fin - de diferenciar entre depresivos cuyas puntuaciones es tán más cerca de las de los sujetos normales, y depre sivos cuyas puntuaciones se encuentran a una cierta - distancia. Hemos elegido la puntuación de 18 y el nom bre de moderados, tal y como indica BECK (1967).

Por último señalar que cabría la posibilidad de que encontrásemos algún sujeto con una puntuación al ta que indicase un nivel de depresión por encima de - la categoría de "moderado". No debemos olvidar que va mos a trabajar con muestras de estudiantes, y, por lo tanto es poco probable que aparezcan personas con un índice de gravedad tan elevado que recomendase su in ternamiento en un centro psiquiátrico. Sin embargo, - sí es más probable que tengamos sujetos que sobrepaa sen ligeramente el nivel de "moderados" y se acerquen a zonas de una mayor gravedad. No discriminaremos tan to a estos niveles, y salvo algún caso que pueda consi derarse como excepcionalmente grave dentro del ca-- rácter de nuestro estudio, incluiremos como moderados a todos aquéllos que puntúen de 18 en adelante.

LA ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Elegimos la escala de asertividad de RATHUS (1973) para medir el grado de asertividad de nuestros sujetos experimentales.

La escala consta de treinta items que sirven para que el sujeto evalúe hasta qué punto desarrolla conductas asertivas en una serie de situaciones.

El procedimiento para esta auto-evaluación consiste en la utilización de un código que se presenta inmediatamente antes de comenzar la prueba. El sujeto deberá poner un "+3" si considera que la conducta que se especifica en el ítem correspondiente, es muy característica en él, y un "-3" si cree que es muy poco característica. Entre estas dos puntuaciones existen otras cuatro alternativas (+2, +1, -1 y -2) que el sujeto puede elegir según considere lo característico que es en él una conducta determinada.

La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de cada ítem, pero después de invertir los signos de algunos de ellos, tal y como se indica en el apéndice del trabajo.

Dado que cabe la posibilidad de que existan puntuaciones negativas que podrían dificultar la dinámica general de nuestra investigación, decidimos crear

dos puntuaciones distintas. Por un lado tendríamos la puntuación en asertividad, y por otro la puntuación - en "no asertividad". En el primer caso, se respetarían las puntuaciones de los sujetos que hubiesen obtenido en la prueba una medida positiva, y a los que la hubiesen obtenido negativa, se les puntuaría con cero. En el segundo caso, el proceso sería el inverso: se respetaría la puntuación de los sujetos que hubiesen conseguido en la prueba medidas negativas, pero eliminando el signo menos, y se adjudicaría una puntuación de cero a aquéllos que hubiesen logrado puntuaciones positivas en la prueba. En el caso de que algún sujeto obtuviese en la prueba la puntuación cero, puntuaría de esta misma forma en ambos casos. No obstante, en algunas situaciones del trabajo no descartamos la posibilidad de ignorar esta división y utilizar las -- puntuaciones como un continuo dimensional.

Esta prueba puede encontrarse en el apéndice de la tesis.

EL CUESTIONARIO MAE DE PELECHANO

Ante la necesidad de medir por un lado la motivación y por otro la ansiedad de nuestros sujetos experimentales, decidimos utilizar el cuestionario MAE - (PELECHANO, 1975) por diversas razones: En primer lugar porque compartimos la convicción de que la realización de muchas pruebas llega a saturar a las personas que voluntariamente se brindan a participar en una investigación, y por este motivo pensamos que resultaba una gran ventaja poder administrar un cuestionario que midiese dos variables cuyo control consideramos necesario en nuestro estudio. En segundo lugar, nos parece especialmente interesante este cuestionario por la diferenciación que hace, por un lado, entre motivación positiva y motivación perturbadora del rendimiento, y por otro, entre ansiedad facilitadora y ansiedad inhibidora también del rendimiento.

La prueba, que puede encontrarse en el apéndice del trabajo, consta de 72 ítems y los seis factores - de los que se compone son los siguientes:

1).(M1) Tendencia a Sobrecarga de Trabajo.

Suele indicar un rendimiento mejor en el trabajo cuando se obtienen puntuaciones altas, - que cuando éstas son bajas. Mediante este factor se aprecian también los modos personales

de vivenciar las situaciones laborales además de los elementos objetivos de las mismas. La puntuación máxima posible es 11.

2).(M2) Indiferencia Laboral y Separación entre el Mundo Privado y el Laboral.

Una puntuación alta indica una cierta indiferencia hacia el mundo laboral y una separación entre éste y el mundo privado.

En personas que tienen C.I. altos, una puntuación alta en este factor favorece la creatividad.

Sin embargo, salvo en este caso y principalmente con sujetos de C.I. más bien bajos, una puntuación alta significa poco interés por lo que se está haciendo. Son personas a las que no se puede pedir más que lo justo y que no suelen personalizar su labor. La puntuación máxima posible es 12.

3).(M3) Tendencia a superarse constantemente en el trabajo y a hacer una evaluación positiva del mundo laboral, dentro del cual se encuentran localizados intereses vividos como muy importantes para el sujeto. Este factor parece correlacionar positivamente con el rendimiento en una serie de tareas muy diversas. La puntuación máxima posible es de 17.

4).(M4) Motivación Positiva hacia la Acción.Ambición Positiva.

Parece ser que la significación de este factor no es tan específica como la de M1 y M3. No obstante, las personas que alcanzan una puntuación alta suelen tener un rendimiento alto.

5).(A1) Ansiedad Inhibidora del Rendimiento.

Una puntuación alta supone una reacción negativa ante una situación stressante, que perturba el rendimiento. El autor añade que a diferencia del neuroticismo, se trata de un estado de ansiedad. La puntuación máxima posible es 14.

6).(A2) Ansiedad Facilitadora del Rendimiento.

Este factor se refiere a determinados aspectos que han mostrado ser facilitadores de la acción como respuesta positiva al stress Psicológico. Aquellas personas que obtienen una puntuación alta suelen conseguir buenos rendimientos en situaciones laborales que exigen rapidez y dinamismo. Suele tratarse de personas inquietas y trabajadoras. La puntuación máxima posible es de 13.

De los cuatro factores que se refieren a la motivación, M1, M3 y M4 son teóricamente favorecedores del rendimiento laboral mientras que M2 en general es un factor perturbador -la excepción la constituyen grupos muy efectivos y de nivel mental alto-. La correlación entre M1, M3 y M4 es muy positiva, y la correlación -entre estos tres factores y M2 es negativa. En ambos casos la correlación es estadísticamente significativa.

El hecho de que el cuestionario presente tres -factores motivacionales favorecedores del rendimiento ofrece la alternativa de dar una puntuación global para estos tres factores, bajo el nombre de Motivación positiva, cuya puntuación directa se puede obtener sumando las puntuaciones de los factores M1, M3 y M4 y posteriormente restando tres unidades. La puntuación máxima posible sería pues de 36.

Asimismo, el autor del cuestionario encontró que la correlación entre ambos factores de ansiedad no -fue significativa, no ocurriendo lo mismo entre ansiedad y motivación. Por un lado, los factores motivacionales favorecedores correlacionaron negativamente con la ansiedad perturbadora, mientras que la correlación entre ésta y el factor motivacional perturbador fue -positiva. Por otro lado, resultó ser positiva la co--rrelación entre ansiedad facilitadora y los factores M1, M3 y M4 -motivación facilitadora- y negativa la -correlación entre este mismo factor de ansiedad facilitadora y la motivación perturbadora.

Aunque la muestra de nuestra investigación está compuesta por estudiantes, pensamos que este cuestionario es perfectamente válido para medir la motivación y la ansiedad de nuestros sujetos experimentales. Sin embargo, y dado la extensión del trabajo, no utilizaremos todas sus posibilidades, sino que elegiremos la alternativa que el mismo cuestionario ofrece de reunir los tres factores motivacionales en una sola puntuación. De esta forma, mediante esta prueba obtendremos cuatro puntuaciones distintas: Motivación positiva, - motivación perturbadora, Ansiedad facilitadora, y ansiedad perturbadora.

Los items que componen cada factor pueden encontrarse en el apéndice del trabajo.

NOTAS

BECK, A.T. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". Archiv of General Psychiatry, 4, 53-63.

BECK, A.T. (1967). "Depression: Causes and Treatment". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1978). "Depression Inventory". Philadelphia: Center of Cognitive Therapy.

BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women". Tavistock Publications.

CONDE, V., ESTEBAN, T. y USEROS, E. (1976). "Revisión Crítica de la Adaptación Castellana del Cuestionario de Beck". Revista de Psicología General y Aplicada, vol. XXXI, nº 14.

DEPUE, R.A. y MONROE, S.H. (1978). "Learned Helplessness in the Perspective of the Depressive Disorders: Conceptual and Definitional Issues". Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº1, 3-20.

KILPATRICK-TABACK, B. y ROTH, S. (1978). "An Attempt to Reverse Performance Deficits Associated with Depression and Experimentally Induced Helplessness". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 141-154.

- McNITT, P.C. y THORNTON, D.W. (1978). "Depression and Perceived Reinforcement: A Reconsideration". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 137-140.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1973). "Depression - and the Perception of Reinforcement". Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression - and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- MILLER, W.R., SELIGMAN, M.E.P. y KURLANDER, H.H. (1975). "Learned Helplessness, Depression and Anxiety". - Journal of Nervous and Mental Disease, 161, 347-54.
- O'LEARY, H.R., DONOVAN, D.M. KRUEGER, K.J. y CYSEWSKI, B. (1978). "Depression and Perception of Reinforcement: Lack of Differences in Expectancy Change Among Alcoholics". Journal of Abnormal Psychology, 87, 110-112.
- PELECHANO, V. (1975). "Cuestionario IVE (Motivación y Ansiedad de Educación)". Fraser Española, S.A.
- RATHUS, S.A. (1973). "A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior". Behavior Therapy, 4, 399-400.
- RITZLEY, R. (1978). "Depression and Distortion in the Attribution of Causality". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 32-48.

SACCO, W.P. y HOKANSON, J.E. (1978). "Expectations of Success and Anagram Performance of Depressives in a Public and Private Setting". Journal of Abnormal Psychology, 87, 122-130.

SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Comment and Integration". - Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº 1, - 165-179.

VILLIS, M. H. y BLANEY, P.H. (1978). "Three Tests of - the Learned Helplessness Model of Depression". - Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 131-136.

CAPITULO 10

EXPERIMENTO Nº 1

INTRODUCCION E HIPOTESIS ESPECIFICAS

Tal y como hemos explicado en el procedimiento general de la investigación, el propósito principal de este experimento no es otro que utilizarlo como piloto para observar posibles dificultades que puedan presentarse.

Sin embargo, esto no quiere decir que no tenga otros objetivos, pues pensamos que a pesar de la simplicidad de su planteamiento supone un punto de partida en la investigación del desvalimiento aprendido, y sus resultados, aunque limitados, quizá puedan llegar a ser tenidos en cuenta.

Unicamente afrontaremos el tema de los déficits motivacionales y cognitivos. Para ello, someteremos a un grupo de sujetos a una experiencia de incontrolabilidad en la fase de tratamiento, y no haremos lo mismo con otro grupo. En la prueba destinada a inducir una falta de control los sujetos tendrán que encontrar una serie de palabras que no estarán, mientras que en el otro grupo sí se podrán hallar. Intentaremos que la dificultad de las pruebas sea mínima, para que así el segundo grupo pueda lograr el objetivo previsto y los sujetos que lo componen no lleguen a experimentar una incontrolabilidad sobre las consecuencias.

Posteriormente, en la fase de test, ambos grupos -

realizarán una prueba de dificultad similar a las anteriores, en la que comprobaremos si el grupo expuesto en la fase de tratamiento a una falta de control obtiene - de forma estadísticamente significativa menos aciertos que el otro.

Nuestras hipótesis específicas en este experimento son las siguientes:

1.- Aquellos sujetos que en la fase de tratamiento deben solucionar las pruebas insolubles, obtendrán menos aciertos en las pruebas de la fase de test, que aquellos otros que en aquella fase se enfrentan con pruebas solubles.

2.- Los sujetos considerados como depresivos en igualdad de condiciones en la fase de tratamiento, obtendrán en las pruebas de la fase de test menos aciertos que aquellos otros considerados como "normales".

En ningún caso exigiremos a los sujetos experimentales que firmen con su nombre verdadero, pero tendremos este punto en cuenta de cara a próximos experimentos.

METODO

1. PRUEBA ESPECIFICA UTILIZADA

Se confeccionaron por un lado seis tipos de "sopas de letras", incluyendo en cada una de ellas ocho palabras correspondientes a un tema concreto. Los seis temas elegidos fueron los siguientes:

1. Ciudades españolas
2. Deportes (+)
3. Naciones europeas (+)
4. Nombres de mujer (+)
5. Nombres de varón (+)
6. Ríos españoles

Por otro lado, se elaboraron cuatro tipos de "sopas" que se correspondían en los temas con los anteriormente citados que van marcados con un asterisco - pero que no contenían las ocho palabras y por lo tanto eran totalmente insolubles.

Elegimos este tipo de prueba pensando que es uno de los "pasatiempos" más conocidos, pudiéndose casi - asegurar que una gran mayoría de personas ha hecho alguna vez "sopas de letras".

La prueba en sí consiste en un cuadrado de 12 x 12 letras entre las que se incluyen o no las soluciones. Las palabras pueden leerse en horizontal, en vertical y en diagonal, así como de izquierda a derecha

y de arriba a abajo o viceversa respectivamente. Una misma letra puede formar parte de varias palabras a la vez.

Al pie de este grupo de letras se pueden leer las siguientes instrucciones:

"En este cuadro se encuentran los nombres de 8 CIUDADES ESPAÑOLAS. Puedes encontrarlas en cualquier dirección. Tienes 10 minutos para hacerlo".

En las "sopas de letras" correspondientes a otros temas, se sustituiría "CIUDADES ESPAÑOLAS" por el título que procediese.

Los sujetos, tal y como el lector habrá apreciado en las instrucciones, tenían diez minutos por cada "sopa de letras" para buscar las soluciones que debían ser señaladas en caso de encontrarse rodeando la palabra en cuestión.

Los seis tipos de "sopas" solubles con sus correspondientes soluciones se encuentran en el apéndice del trabajo. No hemos considerado necesario incluir las insolubles, ya que simplemente son cuadrados de letras.

2. SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por estudiantes universitarios de ambos sexos de la Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Alcalá de Henares, y Universidad Pontificia de Salamanca, que en ningún caso estudiaban Psicología o Pedagogía.

La selección se hizo solicitando voluntarios por medio de diversos contactos, y en ningún caso se dijo a los sujetos que se trataba de una prueba relacionada con la depresión. Unicamente se les indicó que era parte de una investigación para una tesis doctoral cuyo contenido no podía revelarse para evitar una posible alteración de los resultados. También se les advirtió que la duración de la prueba sería de dos horas aproximadamente.

A todos aquéllos que decidieron colaborar se les pasó ese mismo día el BDI, con el fin de tener una idea aproximada del número de sujetos normales y leves que participarían en el experimento, y conforme iban finalizando se les citaba para la prueba y se les pedía que no faltasen a la misma.

Estas primeras selecciones se hicieron en distintos sitios durante varios días, hasta tener un número total de treinta y cinco sujetos de los que, según el BDI, veintiuno eran normales, trece leves y uno moderado. Todos ellos quedaron citados en un local particu-

lar divididos en dos grupos, cada uno de los cuales --
acudió un día diferente por un simple problema de espa-
cio. Al confeccionar esta división se tuvo en cuenta -
que aquellos que se conocían entre sí realizasen la -
prueba al mismo tiempo, con el fin de evitar que pudie-
sen comentarla antes de que alguno la hubiese hecho. -
Ambos grupos participaron en la misma en días sucesi--
vos.

3. DESARROLLO DE LAS PRUEBAS

Primeramente se explicó a los sujetos que en to--
dos los papeles o cuadernillos que se les diesen debían
poner su nombre o un seudónimo que identificase y rela-
cionase las distintas pruebas. Se les dijo también que
éstas se desarrollarían en dos partes, y que debían -
ser realizadas como si estuviesen solos, es decir, sin
comentario ni gesto expresivo alguno ya que esto podía
influir en la forma de ejecutarlas los demás.

En la primera parte cada sujeto debía completar -
los cuestionarios o pruebas generales por el siguiente
orden:

- MAE
- Escala de Asertividad
- Cuestionario de Circunstancias Sociales facilita-
doras de la depresión.
- BDI

A medida que iban terminando se les permitía que saliesen de la sala unos minutos.

La segunda parte comenzaba con la fase de tratamiento, y ya con anterioridad a la prueba se habían seleccionado los sujetos a los que se darían "sopas de letras" solubles y los que, por el contrario, las recibirían insolubles. Esta selección se hizo teniendo en cuenta que debía haber el mismo número de "normales" realizando las tareas solubles que las insolubles, y del mismo modo debían ser los mismos "leves los que desarrollasen ambos tipos de anagramas. Para ello, nos basamos en el BDI que habían completado los sujetos el día de su selección, y decidimos que entre los "normales" fuesen once a los que se asignasen las "sopas" con solución y diez los que se enfrentasen con las insolubles. La diferencia de un sujeto entre ambos grupos fue solucionada tirando una moneda al aire. En el caso de los "leves" y también utilizando el sistema de "cara o cruz", siete realizaron las tareas solubles y seis las insolubles, añadiéndose a este último grupo el depresivo moderado. La inclusión de cada uno de los sujetos dentro de esta estructura se hizo al azar.

El primero de los dos días que se realizó esta prueba nos encontramos con el inconveniente de que faltaron a la cita tres sujetos clasificados como "normales" y uno catalogado como "leve". En el caso de los primeros, los tres debían realizar tareas solubles, por lo que uno de los asignados al grupo de las insolu

bles debió ser trasladado a su opuesto por elección - al azar, quedando de esta forma ambos grupos compuestos por nueve sujetos. En el caso del sujeto "leve" su pertenencia al grupo de los solubles permitió que no - hubiese que realizar ningún tipo de ajuste.

El segundo día presentó nuevos contratiempos, ya que entre los normales faltó un sujeto, y otro planteó antes de iniciarse la prueba que tenía que marcharse a una hora determinada, lo que le impedía participar en toda la prueba, razón ésta que nos obligó a excluirlo de la misma. Por suerte estaban asignados a grupos diferentes.

Inicialmente se les indicó a los sujetos que las pruebas consistían en solucionar "sopas de letras" y a continuación se les explicaba brevemente las reglas para hacerlo. Por último se les preguntaba si tenían alguna duda respecto a lo que debían hacer y se les recordaba que era imprescindible realizar la prueba como si estuviesen solos en el aula, es decir, sin comentario alguno y sin gestos expresivos que pudiesen influir en otras personas.

Mientras tanto, dos colaboradoras habían repartido la hoja correspondiente a la primera "sopa de letras" colocada con la cara en blanco a la vista. Una vez finalizadas las instrucciones se les dijo a los sujetos:

"En el momento en que se dé la señal podéis volver la hoja y comenzar a trabajar. A partir de entonces tenéis diez minutos de tiempo. Si alguno no termina antes, deberá permanecer en silencio sin moverse de su sitio, y sin hacer ninguna señal indicando que ha finalizado. No se recogerá ninguna hoja hasta que no se cumpla el tiempo - previsto".

Pasados los diez minutos se daba la señal de "BASTA" y se decía a los sujetos que dicesen la vuelta a la hoja, hasta que fuese recogida por nuestras colaboradoras, que al tiempo de hacerlo, dejaban encima de cada mesa la hoja correspondiente a la "sppa" siguiente, colocada también con la parte en blanco a la vista. Nuevamente se daba la señal para comenzar y así sucesivamente.

El orden en que se presentaron las "sopas de letras" en esta fase de tratamiento se decidió al azar - entre los cuatro modelos de que disponíamos para ello. Fue el siguiente:

- Naciones europeas
- Nombres de varón
- Deportes
- Nombres de mujer

Seguidamente se desarrolló la fase de test, sin - que por este motivo se hiciese algún tipo de separación

o diferenciación en la dinámica de la prueba. Es decir cuando los sujetos finalizaron la cuarta y última "sopa" correspondiente a la fase de tratamiento, se recogió la hoja que tenían en la mesa y fue sustituida por una nueva, tal y como había sucedido las veces anteriores. Esta quinta sopa de letras era la primera de la fase de test, pero esta diferencia entre ambas fases, naturalmente sólo la conocíamos los experimentadores. Así pues, el procedimiento fue el mismo.

El orden de presentación de las "sopas de letras", fue también determinado al azar con el siguiente resultado:

- Ríos españoles.
- Ciudades españolas

Una vez finalizada la prueba y recogido todo el material, se agradeció a los sujetos su colaboración y se dedicaron algunos minutos a comentar la prueba con ellos.

4. DISEÑOS UTILIZADOS

Una vez realizada la prueba confrontamos las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el EDI en las dos ocasiones en que rellenaron este cuestionario, ya que pensamos que para un mayor rigor experimental resultaba conveniente eliminar a aquéllos que no tuvie-

sen en ambas ocasiones puntuaciones pertenecientes al mismo grupo de depresión-"normales" o "leves". De esta forma quedaron eliminados un sujeto de los "normales", que obtuvo 8 puntos en la primera ocasión y 12 en la segunda, y otro sujeto del grupo de los "leves", que obtuvo 14 y 21 puntos respectivamente, habiendo afrontado ambos las tareas insolubles en la fase de tratamiento. También eliminamos al sujeto catalogado desde un principio como moderado.

A la vista de estas exclusiones y con el fin de igualar los grupos en número, optamos por eliminar antes de corregir las pruebas utilizando el procedimiento del azar a un sujeto de los "normales" y a otro de los "leves", en ambos casos entre aquellos que ejecutaron la prueba y que quedaron definitivamente aceptados en la misma fue de un total de 24, distribuidos de la siguiente manera:

-SUJETOS CON TAREAS SOLUBLES (GRUPO S)

- NORMALES: 7
- LEVES: 5
- TOTAL: 12

- SUJETOS CON TAREAS INSOLUBLES (GRUPO I)

- NORMALES: 7
- LEVES: 5
- TOTAL: 12

A todos los sujetos se les respetó la puntuación obtenida en el BDI el día de la prueba, ya que refleja el estado de ánimo en que la realizaron.

En primer lugar, comparamos el rendimiento en las tareas de la fase de test entre los sujetos del grupo S y los del grupo I, tomando cada uno de ellos como una totalidad, y por lo tanto sin tener en cuenta el nivel de depresión de sus miembros.

Con este fin confrontamos la media de aciertos obtenida por cada grupo en las dos sopas de letras realizadas, tomando éstas por separado y utilizando para ello la prueba de "t".

Seguidamente empleamos el mismo sistema para comparar el rendimiento entre los sujetos "normales" y los catalogados como "leves", sin tener en cuenta el tipo de tarea que habían realizado en la fase de tratamiento.

A continuación establecimos idénticas comparaciones, pero ahora valorando ambas variables (tipo de tarea realizada en la fase de tratamiento y nivel de depresión), y con este motivo hicimos dos análisis de varianza 2×2 . En aquellos casos en que éste indicó que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, utilizamos la prueba de Scheffé para determinar de una forma concreta entre cuáles exactamente se daban tales diferencias.

Por último, como prueba complementaria realizamos un análisis correlacional entre todas las variables, - incluyéndose como tales las utilizadas en las comparaciones anteriores, el número de aciertos en cada una - de las tareas de la fase de tratamiento, el sexo, la - edad y las puntuaciones obtenidas en las pruebas generales. Con el fin de hallar las correlaciones estadísticamente significativas empleamos la fórmula siguiente:

$$"t": r\sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

r: Correlación correspondiente

N: N: total de casos

RESULTADOS

COMPARACION SEGUN EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

En la primera tarea de la fase de test, la media de aciertos obtenida por el grupo sometido a tareas solubles (S) durante la fase de tratamiento, es mayor - que la conseguida por el grupo cuyas tareas en dicha - fase eran insolubles (I).

La diferencia entre ambas medias es estadística--mente significativa al 5% n.c., ya que, la "t" hallada $2'37 > 2'20$.

En la segunda tarea de la fase de test, también el grupo S obtuvo una media de aciertos superior a la del grupo I.

Sin embargo, en esta ocasión la diferencia entre ambas medias no puede considerarse como estadísticamen--te significativa, ya que la "t" hallada $0'97 < 2'20$.

COMPARACION SEGUN EL NIVEL DE DEPRESION

En la primera tarea de la fase de test, los sujetos catalogados como normales consiguieron una media - de aciertos más elevada que la de los sujetos conside--

rados como leves.

La diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa, ya que la "t" obtenida $1'42 < 2'07$.

En lo que se refiere a la segunda tarea, los sujetos normales alcanzaron también una media de aciertos superior a la de los leves, si bien la diferencia entre ambos grupos tal y como sucedió en la tarea anterior, no es estadísticamente significativa, debido en este caso a que la "t" obtenida $0'87 < 2'07$.

COMPARACIONES TENIENDO EN CUENTA AMBAS VARIABLES

En la primera tarea, el análisis de varianza indica que la F es $4'20$, lo que implica que al ser $4'20 > 3'10$, existe una diferencia estadísticamente significativa al 5% n.c.

Realizada posteriormente la prueba de Scheffé, encontramos diferencias estadísticamente significativas al 5% n.c. entre los siguientes grupos:

- Sujetos normales con tareas S y sujetos leves - con tareas I.

Los primeros obtuvieron una media de aciertos superior, que resultó ser estadísticamente significativa al 5% al ser $3'1 > 3'05$.

- Sujetos leves con tareas S y sujetos leves con tareas I:

La media de aciertos del primer grupo fue mayor que la del segundo, siendo la diferencia estadísticamente significativa al 5%, ya que $3'07 > 3'05$.

- Las diferencias entre los restantes grupos no fueron estadísticamente significativas debido a que los estadísticos de contraste fueron inferiores a $3'05$.

En la segunda tarea, la F obtenida en el análisis de varianza es de $0'78$, por lo que parecen no existir diferencias estadísticamente significativas entre las medias de aciertos de los distintos grupos, ya que $0'78 < 3'10$, e incluso $0'78 < 2'38$, por lo que ni siquiera al 10% n.c. lo son.

ANALISIS CORRELACIONAL

La variable tipo de tarea tiene una correlación negativa con todas las variables que se refieren al número de aciertos en las seis "sopas de letras". La correlación entre aquélla (grupo S: 1; grupo I: 2) y el número de aciertos en las dos tareas de la fase de test es de $-0'405$ y $-0'201$ respectivamente, no siendo esta última estadísticamente significativa.

En el caso de la depresión, vemos cómo las correlaciones entre el grupo depresivo al que pertenecen los sujetos ("normales": 1; "leves": 2) y el número de aciertos en las tareas de la fase de tratamiento son bajísimas, tal y como sucede entre éstos y la puntuación en el BDI.

Consideramos de interés las correlaciones negativas entre el número de aciertos y la motivación negativa (-0'474), la ansiedad inhibidora del rendimiento (-0'463), las dificultades importantes (-0'401) y los factores que crean vulnerabilidad (-0'328), aunque en los dos últimos casos no son estadísticamente significativas al 5% n.c.

En cuanto al número de aciertos en la segunda tarea de la fase de test, vemos que correlaciona elevadamente de forma negativa con los acontecimientos graves (-0'501), y en lo que se refiere a las correlaciones encontradas entre los datos obtenidos en las pruebas generales, podemos destacar las siguientes:

- Dificultades importantes y ansiedad inhibidora (0'434)
- Factores vulnerabilidad y motivación negativa - (0'433)
- Factores vulnerabilidad y ansiedad facilitadora (-0'416)
- Factores vulnerabilidad y ansiedad inhibidora - (0'433)

274

- BDI y ansiedad facilitadora (-0'460)
- Asertividad positiva y motivación negativa(0'431)

CUADRO Nº 11

MEDIAS DE ACIERTOS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS
EN LA 1ª "SOPA DE LETRAS" DE LA FASE DE TEST

	GRUPO S	GRUPO I	TOTAL
SUJETOS NORMALES	7'43	7'14	7'28
SUJETOS LEVES	7'6	5'2	6'4
TOTAL	7'5	6'33	

CUADRO Nº 12

MEDIAS DE ACIERTOS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS
EN LA 2ª "SOPA DE LETRAS" DE LA FASE DE TEST

	GRUPO S	GRUPO I	TOTAL
SUJETOS NORMALES	6'85	5'86	6'36
SUJETOS LEVES	5'8	5'8	5'8
TOTAL	6'42	5'83	

CUADRO Nº 13

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS "S" E "I" Y "t" OBTENIDA
EN LAS DOS COMPARACIONES REALIZADAS

	1ª SOPA	2ª SOPA
DIFERENCIA		
\bar{x}	1'16	0'58
"t"	2'37	0'97
	Significativa al 5%	No Significativa

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS SUJETOS NORMALES Y
LEVES Y "t" OBTENIDA EN LAS DOS COMPARACIONES REALIZADAS

	1ª SOPA	2ª SOPA
DIFERENCIA		
\bar{x}	0'88	0'56
"t"	1'42	0'87
	No Significativa	No Significativa

CUADRO Nº 14

CUADRO Nº 15

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA DE LA 1ª TAREA REALIZADA
EN LA FASE DE TEST

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTER-GRUPO	19'26	3	6'42	4'20
INTRA-GRUPO	30'58	20	1'53	Significa- tivo al 5% n.c.
TOTAL	49'84	23		

CUADRO Nº 16

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA DE LA 2ª TAREA REALIZADA
EN LA FASE DE TEST

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTER-GRUPO	5'31	3	1'77	0'78
INTRA-GRUPO	45'32	20	2'27	No Significa- tivo
TOTAL	50'63	23		

CODIGOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS
CORRELACIONAL DEL EXPERIMENTO 1

1. TIPO DE TAREA durante la FASE DE TRATAMIENTO.
 - Soluble; 1
 - Insoluble; 2
2. GRUPO DE DEPRESION.
 - Normales; 1
 - Leves; 2
3. Aciertos 1ª sopa de letras fase de tratamiento.
4. Aciertos 2ª sopa de letras fase de tratamiento.
5. Aciertos 3ª sopa de letras fase de tratamiento.
6. Aciertos 4ª sopa de letras fase de tratamiento.
7. ACIERTOS 1ª SOPA DE LETRAS FASE DE TEST.
8. ACIERTOS 2ª SOPA DE LETRAS FASE DE TEST.
9. Sexo.
10. Edad.
11. Acontecimientos graves.
12. Dificultades importantes.
13. Factores que crean vulnerabilidad.
14. BDI (puntuación en depresión).
15. Asertividad positiva.
16. Asertividad negativa.
17. Motivación positiva.
18. Motivación negativa.
19. Ansiedad facilitadora.
20. Ansiedad perturbadora.

CUADRO Nº 1

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE DISTINTAS VARIABLES

	1	2	7	12	3	14	15	17
1								
2								
3	-0.071xx							
7	-0.064							
12	-0.093xx							
13	-0.010xx							
14								
15								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								

xx: Significativas al 5% p.c.

xxx: Significativas al 1% p.c.

DISCUSION

A la vista de los resultados de la 1ª tarea, parece que la primera hipótesis se cumple parcialmente, mientras que la segunda apenas encuentra un mínimo apoyo.

En el primer caso podemos observar cómo sin tener en cuenta el grupo de depresión de los sujetos, y considerando esta variable controlada al haber el mismo número de "normales" y "leves" en cada grupo, la comparación entre los grupos S e I confirma nuestras expectativas preliminares.

Sin embargo, al tener en cuenta ambas variables no se obtienen diferencias significativas entre los sujetos normales que han desarrollado distinto tipo de tarea, aunque sí se encuentran entre los leves.

En cuanto a la segunda hipótesis, aunque los sujetos normales hayan conseguido una media de aciertos superior a la de los leves, ésta no es estadísticamente significativa, y además en el caso del grupo S son los leves los que han obtenido una puntuación más elevada.

El único pequeño apoyo que puede hallar esta hipótesis en los resultados es el hecho de que la diferencia entre ambos grupos S y el grupo I de sujetos leves es en los dos casos significativa, mientras que la diferencia entre aquéllos y el grupo I de sujetos normales no lo es.

En cuanto a los resultados de la segunda tarea, como ya sabemos, ninguna de las diferencias encontradas - puede considerarse como estadísticamente significativa a pesar de que los sujetos con pruebas S puntuaron por encima de los del grupo I, y los considerados como "normales" obtuvieron una media de aciertos superior a la - de los "leves".

La diferencia entre los resultados de ambas tareas podría explicarse probablemente teniendo en cuenta la - baja intensidad del desvalimiento provocado en la fase de tratamiento, que sería suficiente para producir unos ligeros déficits motivacionales y cognitivos en una - prueba inmediata, pero insuficiente para mantenerlos en una segunda prueba. Además, en esta nueva experiencia - interviene también el hecho de que los sujetos del grupo I, ya han conseguido algunos éxitos en la tarea anterior, lo que supone que la sensación de incontrolabilidad al no ser muy intensa se ha debilitado.

Este mismo problema de la intensidad, podría ser - la causa de que no hayan aparecido diferencias significativas en la 1ª tarea entre los sujetos normales sometidos anteriormente a distintas experiencias. Los déficits motivacionales y cognitivos pueden no haberse presentado, o haberlo hecho tan mínimamente que han podido ser superados a lo largo de los diez minutos que aquéllos tenían para buscar las palabras.

Estas consideraciones invitan a pensar que sería necesario un mayor número de situaciones frustrantes -- que el utilizado en este experimento.

Otro punto a considerar son los cambios de impresiones que tuvimos con los sujetos experimentales al -- concluir las pruebas, y las observaciones que informalmente hicimos el autor y sus colaboradores durante el -- desarrollo de las mismas. De todo ello, parece deducirse a pesar del gran riesgo que implica la falta de rigor del procedimiento, que cuando una persona se encuentra ante una "sopa de letras" en una prueba contra reloj, inicialmente intenta buscar con rapidez las palabras en cuestión. Si no lo consigue, realiza un nuevo -- intento mucho más minucioso y metódico, y tras él, al -- no encontrar ninguna de las palabras que busca es muy -- probable que llegue a la conclusión de que no están en el rectángulo. Esta situación puede conducir al sujeto a un desvalimiento de tipo universal, lo que supondría que en el momento en que comenzase a encontrar alguna -- de las palabras en la primera tarea de la fase de test, llegase probablemente a pensar que "ésta sí tiene solución", y a continuación volviese a tener la motivación suficiente como para seguir buscando con el método necesario para conseguir el objetivo.

En el caso de los depresivos leves es probable que al no encontrar las palabras piensen, debido a una baja auto-estima en algo interno como la causa de su fracaso, lo que equivaldría a un desvalimiento de tipo personal,

que continuaría influyendo durante la 1ª tarea de la fase de test aunque el sujeto lograra algunos aciertos.

La discusión anterior parece sugerir en primer lugar, la conveniencia de limitar el tiempo en las situaciones frustrantes de la fase de tratamiento, hasta un punto en el que los sujetos no puedan llegar a darse cuenta de que las palabras que buscan no están, pero que a la vez no impida que los sujetos del grupo contrario puedan resolver sus tareas. En segundo lugar, lo positivo que sería controlar el tiempo que cada sujeto invierte en resolver sus tareas de la fase de test, pues es evidente que no podemos considerar de la misma forma a los que encuentran un número determinado de palabras en poco tiempo que a aquéllos otros que necesitan más segundos o minutos para alcanzar los mismos logros. Como hemos visto en la parte teórica, ya algunos autores como Miller y Seligman (1975) han apelado al tiempo empleado en solucionar una tarea para medir los déficits del desvalimiento, y nosotros lo haremos a partir del próximo experimento.

Es también interesante observar cómo las puntuaciones de todos los grupos en la segunda tarea de la fase de test son inferiores a las de los mismos en la primera. La explicación puede estar en el cansancio de los sujetos o en que la dificultad fuese mayor en aquella que en ésta, lo que parece indicar que en próximos experimentos, el conjunto de pruebas que se desarrollen debería tener una duración menor, y el grado de dificultad

tad de las tareas ser equiparado convenientemente con -
un mayor rigor científico que en esta ocasión.

En definitiva, pensamos que es necesario realizar
algunas modificaciones de cara a próximos experimentos.

En primer término, incluir un número elevado de si
tuaciones frustrantes en la fase de tratamiento para -
provocar el desvalimiento.

En segundo, calcular el tiempo que los sujetos ten
drán en dicha fase para intentar solucionar la tarea co .
rrespondiente, teniendo en cuenta que debe ser lo sufi-
cientemente amplio como para que aquellos con proble--
mas solubles puedan cumplir su cometido y al mismo tiem
po lo suficientemente limitado como para que aquellos -
con problemas insolubles no lleguen a darse cuenta del
carácter de los mismos.

En tercer lugar, reducir el tiempo que dura el to-
tal de las pruebas, de tal forma que en la medida que -
sea posible, los sujetos lleguen menos cansados a las -
últimas.

Finalmente, equiparar con un cierto rigor el grado
de dificultad de las pruebas, tanto en la fase de trata-
miento, como en la de test.

En cuanto al hecho de que los sujetos no firmasen
las pruebas con su nombre verdadero en caso de no quer--

rer hacerlo, tras comentarlo con ellos mismos al finalizar las mismas, decidimos que a partir del próximo experimento, con el fin de aumentar el grado de importancia que pueden conceder a fracasar o triunfar en las tareas deberían escribir su nombre obligatoriamente.

NOTAS

MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression -
and Learne Helplessness in Man". Journal of Ab--
normal Psychology, 84, 228-238.

CAPITULO 11

EXPERIMENTO Nº 2

INTRODUCCION E HIPOTESIS ESPECIFICAS

La experiencia recogida en el experimento nº 1, -- nos permite afrontar ahora el experimento central de -- nuestro estudio sobre una base mucho más firme. Así, en nuestro intento de subsanar las deficiencias comentadas en la discusión anterior, hemos preparado unas pruebas que en nuestra opinión resultarán las adecuadas para su perar tales obstáculos.

En primer lugar, plantearemos una fase de trata- -- miento con numerosas situaciones frustrantes. En segun- do lugar, limitaremos el tiempo para resolver las tareas de esta fase de forma más conveniente, y de acuerdo con los argumentos expuestos al finalizar el experimento -- nº 1. En tercer lugar, controlaremos el tiempo que los sujetos emplean para solucionar las tareas de la fase -- de test. Por último, reduciremos la duración total de -- las pruebas y repartiremos con un mayor rigor la dificul- tad de las distintas tareas.

Comenzaremos abordando el tema de los déficits mo- tivacionales y cognitivos medidos en una fase del test, tras haber sido sometidos los sujetos a distintas situa- ciones previas en la fase de tratamiento. Los dos tipos de tarea --insolubles y solubles-- de que constaba esta fase en el experimento anterior, y que tenían como obje

tivo crear en unos sujetos sí, y en otros no, una situación de desvalimiento, se ampliarán en esta ocasión a cinco opciones, que en líneas generales serán las siguientes:

- A.- Todas las tareas solubles.
- B.- Todas las tareas insolubles.
- C.- Tareas solubles e insolubles de forma alternativa.
- D.- Tareas solubles e insolubles de forma indiscriminada, pero manteniendo el mismo número total de cada tipo que en el grupo anterior.
- E.- No realizan tareas en la fase de tratamiento (grupo control).

Estas cinco posibilidades serán explicadas con más detalle en páginas posteriores, y de momento nos limitaremos a comentar que hemos introducido nuevas variantes debido a que pensamos que la falta de control puede también inducirse obteniendo el sujeto algunos aciertos. De hecho, cabe la posibilidad de que aquél que no encuentra nunca una palabra en numerosas oportunidades llegue a pensar en algún factor externo como causa de su fracaso, mientras que consiguiendo algunos aciertos, en aquellas situaciones en que fracasa, probablemente lo atribuirá a alguna causa interna. La obtención de éxitos y fracasos de forma aleatoria pensamos que puede ser también una experiencia de incontrolabilidad.

A partir de las consideraciones anteriores podemos

así mismo pensar que al plantear una fase de tratamiento con numerosas situaciones, podrán también experimentar una falta de control los sujetos que deben realizar únicamente tareas solubles, ya que existen probabilidades de que en algunos casos no encuentren las palabras que buscan aún cuando éstas estén allí. El resultado objetivo de no encontrar una palabra es el mismo para el que no lo consigue teniéndola allí, que para el que no lo logra porque aquélla no está y no conoce esta circunstancia. De esta forma es bastante probable que un sujeto sometido a pruebas solubles acierte unas veces y otras no, y por lo tanto pueda llegar a percibir una falta de control.

Por otro lado, podría suceder que sujetos expuestos a tareas insolubles y solubles, al obtener fracasos y éxitos no percibiesen una falta de control sobre los eventos, y aunque es de suponer que más difícilmente, podría ocurrir lo mismo con aquellos que se enfrenten a tareas siempre insolubles y crean que lo hacen bien porque realmente la solución no está.

En definitiva, nuestra posición ya apuntada en la parte teórica y en el capítulo dedicado a las hipótesis consiste en que es la percepción de incontrolabilidad por parte del propio sujeto la que caracteriza al desvalimiento, con independencia en algunos casos de los resultados objetivos que aquél pueda llegar a obtener en una determinada prueba para provocarlo. Pensamos que estos resultados pueden ir muy unidos a la percepción de

la falta de control cuando las situaciones a que el sujeto es expuesto son reducidas, y /o éste sabe exactamente cómo lo está haciendo. Sin embargo, en el caso - que nos ocupa, el número de situaciones será bastante - elevado y por lo tanto será difícil que el sujeto puede conocer a ciencia cierta cómo está rindiendo objetiva- mente, incluso en el caso de aquéllos cuyas tareas siem- pre se puedan solucionar.

Partiendo de esta posición, en este experimento al finalizar la fase de tratamiento consideraremos a algunos sujetos como "no desvalidos" y a otros como "desvalidos". Esta distinción se hará únicamente entre los catalogados como "normales", teniendo en cuenta la forma en que han percibido su rendimiento en las tareas anteriores y las expectativas que tienen respecto al mismo en tareas futuras. Así, todos aquellos que consideren - en ese momento que han rendido "regular", "mal" o "muy mal" y que esperen rendir "regular", "mal" o "muy mal" en futuras ocasiones, serán catalogados como "desvalidos", mientras que aquellos que crean que han rendido - bien o muy bien y tengan este tipo de expectativa ante futuras situaciones serán denominados "no desvalidos". En este último grupo podrían también quedar incluidos - sujetos que consideren su rendimiento como regular, pero que esperen rendir bien en el futuro, y otros casos en los que las contestaciones de los sujetos indiquen - que no han percibido el desvalidamiento.

Para la inclusión de los sujetos "normales" en es-

tos dos grupos, tres licenciados en Psicología que conocen el contenido del trabajo, confeccionarán por separado sus propias listas, y posteriormente, junto al autor de la tesis unificarán criterios y decidirán la composición definitiva de cada uno. Ninguno de los cuatro jueces conocerá los resultados obtenidos por los sujetos - en la fase de test, antes de realizar esta distribución.

Así pues, plantearemos comparaciones entre sujetos "no desvalidos" y "desvalidos" en déficits motivacionales y cognitivos, en la medida que sea posible de autoestima y emocionales o afectivos, y también en cambio de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, tipo de atribuciones y todas aquellas que se puedan establecer y resulten interesantes en nuestro estudio.

También compararemos los datos que obtengan "no desvalidos" y "desvalidos" con los de depresivos leves y moderados, tratando de comprobar si existen o no similitudes entre el "learned helplessness" y la depresión.

En lo que se refiere a los déficits motivacionales y cognitivos, mediremos el tiempo empleado y el nº de aciertos conseguido por los sujetos en las tareas de la fase de test.

Asimismo, valoraremos hasta qué punto influye en la percepción del propio rendimiento el que los sujetos hayan sido clasificados como "desvalidos" o "no desvalidos" al finalizar la fase de tratamiento. Una estimación

ción baja supondría en la mayoría de los casos una continuación del estado de desvalimiento en aquellos sujetos que ya anteriormente estuviesen desvalidos, y una aparición de aquél en aquellos que no lo estuviesen. - Además, en caso de no ajustarse a la realidad objetiva, quizá esta percepción del rendimiento como bajo podría tener relación por un lado con un déficit cognitivo consistente en la incapacidad para ver hasta qué punto el rendimiento es mejor o peor, y por otro con un déficit de auto-estima que se manifiesta al percibir el sujeto su rendimiento como más bajo de lo que en realidad es. Los autores del desvalimiento aprendido aún no se han ocupado de este tema con la atención que merece, y nosotros intentaremos aportar un pequeño grano de arena en este sentido.

Continuando con el déficit de auto-estima recogemos la opinión de aquellos sujetos que perciban el desvalimiento para determinar si éste es universal o personal, observando si sus atribuciones son externas o internas, y teniendo en cuenta si creen o no que otros sujetos de los presentes han realizado la prueba mejor que ellos. También analizaremos el tipo de atribución que puedan hacer ante alguna posible experiencia en que perciban un éxito, y si tienen o no la creencia de que otras personas que están en la sala rendirán por encima de ellos en futuras tareas.

Estudiaremos también la posible relación entre este déficit y el emocional o afectivo, que intentaremos

medir mediante cuestionarios control de ansiedad y depresión que pasaremos durante y al finalizar la fase de tratamiento.

Por otro lado, nos detendremos en el análisis de los cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, buscando la confirmación o el rechazo de las hipótesis planteadas en el capítulo correspondiente. Además no nos limitaremos a realizar las comparaciones necesarias para abordar este tema, sino que observaremos también las posibles diferencias existentes en la probabilidad calculada ya que pensamos que probablemente los sujetos "no desvalidos" emitirán estimaciones más elevadas que los "desvalidos" y depresivos, lo que quizá podría indicar que la percepción de incontrolabilidad sobre los eventos está más representada por la manifestación de pronósticos bajos respecto al propio éxito, que por pequeños cambios de expectativa al señalar los mismos. También es probable que ambas variables correlacionen de forma significativa.

Contrándonos en las atribuciones, nuestro propósito será en primer lugar comprobar si efectivamente los sujetos depresivos ante el fracaso tienden a hacerlas estables, internas y globales, y si existe una similitud en este sentido con los sujetos desvalidos.

En cuanto a la cronicidad y la generalización del desvalidante afrontaremos el tema tratando de ver si con las dimensiones atribucionales estable-inestable en

el primer caso y global-específica en el segundo las - que realmente determinan estos factores. En el caso de la cronicidad, estableceremos dos mediciones, una de - las cuales no se efectuará hasta tres días después de haber sido provocado el desvalimiento. En el de la ge- neralización, realizaremos una prueba distinta a la - que provocó el desvalimiento una vez finalizada la cor- respondiente a la fase de test.

Así pues, trataremos de cubrir los puntos más im- portantes del desvalimiento aprendido para lo cual, te- niendo en cuenta las hipótesis generales planteadas en el capítulo correspondiente y los razonamientos que - hemos ido haciendo, nuestras hipótesis concretas y es- pécificas en este experimento serán las siguientes:

1. Los "sujetos desvalidos" al finalizar la fase de - tratamiento emplearán más tiempo y obtendrán me- nos aciertos en la prueba correspondiente de la - fase de test que los "no desvalidos".
2. Los "sujetos desvalidos", al finalizar la fase de tratamiento percibirán su rendimiento en la prue- ba correspondiente de la fase de test como más ba- jo que los "no desvalidos".
3. Un alto porcentaje de "sujetos desvalidos" atribui- rá sus fracasos a causas internas, creará que -

otros compañeros experimentales han realizado la prueba mejor que ellos, y que esto mismo sucederá en futuras ocasiones. Esta última creencia la manifestarán en mayor medida que los "no desvalidos".

4. Un alto porcentaje de "sujetos desvalidos" en caso de percibir una experiencia como exitosa lo atribuirá a causas externas, y el total de este grupo la hará en una medida mucho mayor que el grupo de los "no desvalidos".
5. Los "sujetos desvalidos" obtendrán puntuaciones más altas que los "no desvalidos" en los cuestionarios control de ansiedad y depresión que se completarán al finalizar la fase de tratamiento.
6. Aquellos "sujetos desvalidos" que atribuyan su fracaso a causas internas obtendrán puntuaciones más altas en los cuestionarios control de ansiedad y depresión que se completarán al finalizar la fase de tratamiento, que aquellos otros que lo atribuyan a causas externas.
7. Los "sujetos desvalidos" mostrarán menos cambios en sus expectativas al estimar la probabilidad de éxito que los "no desvalidos".

8. Aquellos sujetos que atribuyan su fracaso a causas estables mostrarán menos cambios en sus expectativas al estimar la probabilidad de éxito que aquellos otros que lo atribuyan a causas inestables.
9. Los sujetos "no desvalidos" estimarán de forma más elevada que los "desvalidos" la probabilidad de éxito.
10. Los "sujetos desvalidos" al finalizar la fase de tratamiento, que atribuyan su fracaso a causas internas, emplearán más tiempo y obtendrán menos aciertos en la prueba correspondiente de la fase de test que aquellos otros "desvalidos" que lo hagan a causas externas.
11. Los "sujetos desvalidos" al finalizar la fase de tratamiento que atribuyan su fracaso a causas estables, emplearán más tiempo y obtendrán menos aciertos en la prueba correspondiente de la fase de test que aquellos otros "desvalidos" que lo hagan a causas inestables.
12. Aquellos "sujetos desvalidos" al finalizar la fase de tratamiento, que atribuyan su fracaso a causas estables, percibirán su propio rendimiento en la

tarea correspondiente de la fase de test, como --
más bajo que aquellos otros "desvalidos" que lo --
hagan a causas inestables.

13. Los sujetos "desvalidos" al finalizar la 1ª tanda de la fase de test que atribuyan su fracaso a causas estables emplearán más tiempo y obtendrán menos aciertos en la 2ª tanda de dicha fase que -- aquellos otros "desvalidos" que lo hagan a causas inestables.
14. Los sujetos "desvalidos" al finalizar la 1ª tanda de la fase de test que atribuyan su fracaso a causas estables, percibirán su propio rendimiento en la 2ª tanda de dicha fase como más bajo que aquellos otros "desvalidos" que lo hagan a causas -- inestables.
15. Aquellos sujetos "desvalidos" al finalizar la 1ª tanda de la fase de test, que atribuyan su fracaso a causas globales, obtendrán menos aciertos en la prueba del dibujo diseñada para medir la generalización del desvalimiento, que aquellos otros "desvalidos" que lo hagan a causas específicas.
16. Los sujetos "desvalidos" obtendrán probablemente

una puntuación más elevada que los "no desvalidos" en "acontecimientos graves", "dificultades importantes" y "factores que crean vulnerabilidad".

17. Los sujetos depresivos emplearán más tiempo y obtendrán menos aciertos en la prueba correspondiente de la fase de test que los normales "no desvalidos", y obtendrán un resultado similar al de los sujetos normales "desvalidos".
18. Los sujetos depresivos percibirán su rendimiento en la prueba correspondiente de la fase de test como más bajo que los normales "no desvalidos" y de forma similar que los normales "desvalidos".
19. Un alto porcentaje de sujetos depresivos atribuirá sus fracasos a causas internas, creará que otros compañeros experimentales han realizado la prueba mejor que ellos, y que esto mismo sucederá en futuras ocasiones. Esta última creencia la manifestarán en mayor medida que los sujetos normales "no desvalidos" y tanto en ésta como en las anteriores presentarán ciertas similitudes con los normales "desvalidos".

20. Un alto porcentaje de sujetos depresivos en caso de percibir una experiencia como exitosa, lo atribuirá a causas externas, y el total de este grupo lo hará en una medida mucho mayor que el de sujetos normales "no desvalidos" y similar al de "desvalidos".
21. Los sujetos depresivos obtendrán puntuaciones más altas que los normales "no desvalidos" en los cuestionarios control de ansiedad y depresión que se completarán al finalizar la fase de tratamiento.
22. Los sujetos "desvalidos" obtendrán puntuaciones similares a las de los depresivos en el cuestionario control de ansiedad que se completará al finalizar la fase de tratamiento, y puntuaciones que se aproximarán a las de éstos en el cuestionario control de depresión que se desarrollará también una vez terminada la citada fase.
23. Los sujetos depresivos mostrarán menos cambios en sus expectativas al estimar la probabilidad de éxito que los normales "no desvalidos" y una medida similar a la de los normales "desvalidos".

24. Los sujetos normales "no desvalidos" estimarán de forma más elevada la probabilidad de éxito que - los depresivos, y éstos lo harán de forma similar a los normales "desvalidos".
25. Un alto porcentaje de sujetos depresivos atribuirá sus fracasos a causas internas, estables y globales.
26. Los sujetos depresivos obtendrán una puntuación - más elevada que los normales "no desvalidos" en - "acontecimientos graves", "dificultades importantes" y "factores que crean vulnerabilidad", y probablemente una puntuación similar a los normales "desvalidos".

METODO1. PRUEBAS ESPECIFICASA. SOPAS DE LETRAS

A la vista de las conclusiones del primer experimento, decidimos crear una prueba que, aplicada en la fase de tratamiento, presentase un número elevado de situaciones frustrantes. Esta, estaría compuesta por una gran variedad de "sopas de letras" en las que el sujeto tendría que buscar una sola palabra, en un tiempo lo suficientemente limitado como para que no pudiese convencerse de que la palabra no está en el anagrama, y así intentar crear en una mayor medida que en el experimento anterior, un estado de desvalimiento interno. Asimismo, se aplicaría posteriormente una prueba similar en la fase de test.

Tal y como hemos comentado en las conclusiones del 1er experimento, parece ser que en líneas generales el comportamiento de una persona ante una "sopa de letras" y trabajando contra reloj, suele consistir inicialmente en un rápido intento de búsqueda que en caso de no fructificar da paso a un nuevo intento pero ahora mucho más minucioso y metódico tras el cual, el sujeto puede llegar a la conclusión de que la palabra que busca no se encuentra allí. Por este motivo, en este 2º experimento, pretendemos que nuestros sujetos experimentales tengan tanto tiempo como para desarrollar todo este proceso, con lo que probablemente crearíamos una mayor sensación de incontrolabilidad. Por otro lado, el tiempo deberá ser lo suficientemen-

te extenso como para que aquellas "sopas de letras" - que sean solubles puedan ser resueltas.

Así pues, y teniendo en cuenta lo señalado en párrafos anteriores, elegimos al azar treinta palabras de las utilizadas en la prueba específica del primer experimento, y las distribuimos también al azar, pero con la salvedad de no colocar dos palabras de un mismo tema seguidas en seis grupos de cinco (1,2,3,4, y 5). A cada una de las palabras correspondía una "sopa de letras".

Nuestra idea no era otra que determinar con un cierto rigor qué tiempo podía considerarse como el más idóneo para la prueba, y para ello contamos con la participación voluntaria de dieciocho estudiantes universitarios entre los que no había ninguno de Psicología o de Pedagogía.

Estos sujetos experimentales debían intentar resolver las treinta sopas de letras anteriores en un tiempo específico para cada una de ellas. Este tiempo sería de 45" en el caso de dos de los grupos en que dividimos las sopas, de 30" en otros dos grupos, y de 20" en los dos restantes.

Se dividió a los sujetos en tres grupos de seis (A,B y C), teniendo la mitad de cada grupo "sopas" solubles y la otra mitad insolubles. La diferencia entre estos grupos de sujetos consistió en que realiza-

ron los mismos grupos de sopas pero con distinto tiempo para cada uno de ellos. El procedimiento fue el siguiente:

GRUPO A

- "Sopas" grupo 1 con 45" para cada una.
- " " " 3 " 30" " " "
- " " " 5 " 20" " " "
- " " " 2 " 45" " " "
- " " " 4 " 30" " " "
- " " " 6 " 20" " " "

GRUPO B

- "Sopas" grupo 1 con 30" para cada una.
- " " " 3 " 20" " " "
- " " " 5 " 45" " " "
- " " " 2 " 30" " " "
- " " " 4 " 20" " " "
- " " " 6 " 45" " " "

GRUPO C

- "Sopas" grupo 1 con 20" para cada una.
- " " " 3 " 45" " " "
- " " " 5 " 30" " " "
- " " " 2 " 20" " " "
- " " " 4 " 45" " " "
- " " " 6 " 30" " " "

Tres personas actuaron como observadores centrándose en ver cuánto tiempo aproximadamente tardaban en resolver las sopas de letras aquéllos que podían ha--

cerlo, y qué tipo de reacciones tenían los que realizaban tareas insolubles. Al finalizar las pruebas tuvimos una pequeña conversación entre observadores y sujetos experimentales, que nos llevó inicialmente a descartar los 45" ya que había suficiente tiempo para acertar, pero también para darse cuenta de que no existía la palabra que se pedía. Posteriormente, y dado que muchos aciertos se producían con cierta holgura antes de los veinte segundos, nos inclinamos por esta medida.

Más adelante pasamos a cinco estudiantes de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares a una pequeña prueba de diez "sopas de letras" todas ellas insolubles con un tiempo de veinte segundos para resolver cada una de ellas. Al final de la misma, todos coincidieron en que en ese tiempo no era posible llegar a determinar que la palabra no estaba allí.

Una vez decidido el tiempo que concederíamos para resolver cada sopa de letras, pasamos a elaborar una amplia batería de éstas que cubriese todas nuestras necesidades. Para ello, por un lado aprovechamos muchas palabras de las utilizadas en el experimento anterior, y por otro, creamos otras nuevas referidas a los mismos temas y a otros distintos (nombres de animales y nombres de frutas) hasta tener un total de ochenta.

Con el fin de determinar el grado de dificultad

de las "sopas" organizamos una prueba en la que parti
ciparon cuarenta estudiantes universitarios en ningún
caso pertenecientes a Psicología o a Pedagogía. Estos
sujetos tenían que resolver las ochenta "sopas de le-
tras" en un tiempo máximo de veinte segundos cada una,
si bien en el momento en que encontraban la palabra -
levantaban el brazo y se les indicaba el tiempo que -
habían tardado en hacerlo, dato éste que apuntaban -
junto al anagrama.

De esta forma, una vez finalizada la prueba pudi
mos valorar la dificultad de cada una de las sopas en
función del número de aciertos y del tiempo utilizado
en el intento. Cinco de estas sopas quedaron elimina-
das al ser los resultados demasiado extremos, resul-
tando en unos casos excesivamente fáciles y en otros
excesivamente difíciles. Quedaron pues, setenta y cin
co sopas de letras referidas a ocho temas.

En este punto pensamos que la fase de tratamien-
to podría consistir en cuarenta y cinco de estas so-
pas, mientras que las dos fases de test podrían compo-
nerse de quince cada una. Por otro lado, consideramos
que la dificultad en el tratamiento debía ser la me-
nor posible, ya que de esta forma aquellos sujetos -
que se enfrentasen con problemas insolubles tendrían
más probabilidades de conseguir el éxito, hecho éste
que quizá facilitaría una interpretación más clara --
del experimento.

Por este motivo designamos como "sopas de letras" de la fase de tratamiento aquellas cuarenta y cinco - que tenían el grado de dificultad más bajo, y dejamos las treinta "más difíciles" para las fases del test.

FASE DE TRATAMIENTO

La prueba en esta fase iba a consistir en tres - tandas de quince "sopas" cada una, haciéndose la distribución de éstas equilibrando el grado de dificultad. Así, la "menos difícil" fue asignada a la 1ª tanda, la segunda "menos difícil" a la 2ª tanda, la tercera a la 3ª, la cuarta a la 1ª, y así sucesivamente. Una vez distribuidas se estableció el orden en que se rían presentadas de la siguiente manera:

En primer lugar se tomaron las siete "sopas" más "fáciles" de la 1ª tanda y se colocaron al azar en los lugares pares (2,4,6,8,10,12 y 14), haciéndose lo mismo en la 3ª tanda (lugares 32,34,36,38,40,42 y 44). - En la 2ª tanda se eligieron ocho en vez de siete y como en los casos anteriores, se colocaron también al azar en los lugares pares (16,18,20,22,24,26,28 y 30). Las restantes "sopas de letras" de cada tanda se distribuyeron al azar en los huecos sobrantes, que corresponderían a los números impares. Unicamente se tuvo en cuenta que no coincidiesen al lado dos palabras agrupadas en un mismo tema. La relación de palabras -

que debían buscar los sujetos quedó finalmente establecida de la siguiente forma:

1ª TANDA

1. Atletismo
2. Miño
3. Ratón
4. Manzana
5. Ciclismo
6. Begoña
7. Fernando
8. Portugal
9. Tenis
10. Lobo
11. Mónica
12. Valencia
13. Melocotón
14. Bulgaria
15. Júcar

2ª TANDA

16. Luis
17. Piña
18. Soria
19. Ter
20. Carlos
21. Grecia
22. Plátano

- 23. Tiburón
- 24. Luisa
- 25. Sevilla
- 26. Tajo
- 27. Javier
- 28. Segovia
- 29. José
- 30. Baloncesto

3ª TANDA

- 31. Bélgica
- 32. Níspero
- 33. Carmen
- 34. Avila
- 35. Sergio
- 36. Sil
- 37. Francia
- 38. Bilbao
- 39. Segura
- 40. Susana
- 41. Duero
- 42. Jorge
- 43. Gerona
- 44. Andrés
- 45. Pera

Cada una de estas "sopas" tal y como se presentan y con la solución correspondiente podrá encontrarlas - el lector en el apéndice del trabajo.

Paralelamente se confeccionaron "sopas de letras" similares a las anteriores pero insolubles, con el fin de utilizarlas cuando fuese necesario.

Una vez que dispusimos de todo el material, elaboramos para cada una de las tres tandas cuatro grupos - de cuadernillos distintos de "sopas" cuyas características específicas son las siguientes:

GRUPO "A". Todas las "sopas de letras" se pueden solucionar.

GRUPO "B". Ninguna de las "sopas" puede solucionarse.

GRUPO "C". Las "sopas de letras" colocadas en los lugares impares son insolubles. Las situadas en los pares se pueden solucionar.

GRUPO "D". Al igual que en el grupo "C", hay veintidos "sopas" que tienen solución (7,8 y 7 - respectivamente para cada tanda) y veintitres que no la tienen. La diferencia consiste en que las de este grupo no están colocadas alternativamente como ocurre en el caso anterior, sino de forma variable.

En el apéndice del trabajo figura un cuadro en el que queda claramente explicado qué "sopas" son solubles e insolubles en cada uno de los cuatro cuadernillos.

FASES DE TEST

Las treinta sopas restantes fueron divididas en dos grupos de quince teniendo también en cuenta el grado de dificultad. Se asignó la "más difícil" a la 1ª tanda, la segunda "más difícil" a la 2ª tanda, la tercera a la 1ª, y así sucesivamente. Una vez distribuidas, el orden de colocación se determinó al azar, pero estableciendo el mismo para ambas tandas. Así, la "más difícil" de la tanda 1ª quedó colocada en el mismo lugar que la "más difícil" de la tanda 2ª, etc, al igual que en la fase de tratamiento, no se colocaron al lado palabras pertenecientes a un mismo tema.

Ambas tandas quedaron finalmente compuestas tal y como exponemos a continuación:

1ª TANDA

- 46. Sandía
- 47. Gallina
- 48. Marta
- 49. Lérida
- 50. Turia
- 51. Alberto
- 52. Rugby
- 53. Polonia
- 54. Melón
- 55. Pantera
- 56. Noruega

- 57. Ovicdo
- 58. Ramón
- 59. Fútbol
- 60. Gacela

2ª TANDA

- 61. Tigre
- 62. Ignacio
- 63. Burgos
- 64. Hungría
- 65. Orense
- 66. Natación
- 67. Naranja
- 68. Elvira
- 69. Gaviota
- 70. Teruel
- 71. Limón
- 72. Mari
- 73. Ebro
- 74. Ricardo
- 75. Gales

En esta fase no se hicieron distintos grupos como en la fase de tratamiento. Todas las "sopas" eran perfectamente solubles y se encuentran con su solución correspondiente en el apéndice de esta tesis.

B. CUESTIONARIOS CONTROL

Con vistas a controlar ciertos aspectos que consideramos de interés dentro del experimento, creamos - tres cuestionarios control cuya explicación exponemos a continuación.

CUESTIONARIO GENERAL

Denominamos de esta forma a un pequeño inventario en el que se preguntan al sujeto diversas cuestiones respecto al desarrollo de la prueba de las "sopas de letras".

En primer lugar se le pregunta cómo considera que ha resuelto las "sopas" y se le dan cinco alternativas para que elija una, que van de forma gradual desde muy bien hasta muy mal. Esta respuesta nos ayudará a saber cuál es la percepción del sujeto respecto a la prueba realizada. Es decir, si percibe que ha obtenido un éxito o un fracaso independientemente de que éstos se den o no de una forma objetiva.

A continuación se le pide que nos diga a qué causa atribuye el haber resuelto las sopas tal y como él mismo indica en su contestación anterior. Mediante esta pregunta tratamos de determinar qué tipo de atribu

ción hace el sujeto respecto a su éxito o su fracaso. La pregunta, como se ve, es abierta, por lo que corresponde al corrector determinar la medida más objetiva de estas atribuciones utilizando la clasificación dimensional propuesta por ABRAMSON, SELIGMAN y TEASDALE (1978) en la reformulación del modelo del desvalimiento aprendido. Para ello, y con el fin de evitar que la subjetividad del autor de esta tesis pudiese influir de alguna manera parcial al realizar esta operación, se contó con la voluntaria colaboración de tres licenciados en Psicología que previamente habían leído el capítulo de la parte teórica de este estudio dedicado a la ya tan citada reformulación. A estos tres jueces se les permitió utilizar no sólo la información contenida en esta pregunta, sino también toda la que considerasen conveniente de las restantes respuestas abiertas emitidas por el sujeto en otros ítems del cuestionario. Se tomó esta medida pensando que por ejemplo, podría darse el caso de un sujeto que a esta pregunta contestase "no lo sé", pero que, sin embargo, al preguntarle por qué cree que otras personas de las que realizan la prueba lo han hecho bien respondiese "son más inteligentes". Parece evidente que esta respuesta pueda interpretarse como una atribución del propio fracaso o "falta de inteligencia".

Para que la corrección tuviese un mayor rigor decidimos que cada uno de los jueces analizaría las respuestas y clasificaría las atribuciones por separado, y sin conocer ningún otro dato ni sobre la prueba, ni

sobre cualquiera de los sujetos en cuestión. Posteriormente se celebraría una reunión entre los jueces y el autor de la tesis en la que se confrontarían los datos y se discutiría sobre algún caso dudoso si es que existiese.

Las preguntas tres y cuatro del cuestionario tienen como objetivo que el sujeto exponga si cree que - otras personas de las que realizan la prueba podrían o no, obtener un resultado diferente del conseguido - por él. Además, debe indicar por qué lo cree así. Su primera contestación nos servirá para determinar en - cierto modo hasta qué punto su desvalimiento es personal o universal, y su explicación abierta como información complementaria.

El punto nº5 se refiere a las expectativas del - sujeto experimental respecto a su propio éxito o fracaso en futuras tandas de "sopas de letras". La contestación se limita a cinco opciones que van desde - muy bien hasta muy mal. De la misma forma debe el sujeto contestar a la cuestión nº7 en que se le pregunta sobre sus expectativas respecto al éxito o fracaso de las restantes personas que realizan la prueba también en futuras tandas de "sopas".

Las preguntas nº 6 y 8 requieren una contestación abierta del sujeto sobre el por qué de las respuestas a las preguntas 5 y 7 respectivamente, y sirven como información complementaria.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

Este mini-cuestionario fue construido a imagen y semejanza del factor de Ansiedad inhibidora del rendimiento (A1) del cuestionario MAE de PELECHANO (1975), que ya hemos explicado detalladamente en el capítulo dedicado a pruebas generales.

La prueba se compone de trece items, que se refieren a la situación concreta que supone la tarea experimental de resolver "sopas de letras". El sujeto puede optar entre el SI y el NO para contestar a cada uno de ellos.

Para la corrección se anota un punto cada vez que el sujeto contesta SI y cero cada vez que elige la otra alternativa. La puntuación máxima posible es de 13 puntos.

Como se recordará, el factor A1 del MAE tiene catorce items, a diferencia de éste que está compuesto por trece. La explicación consiste en que no pudimos adaptar uno de ellos a nuestras necesidades.

CUESTIONARIO DE DEPRESION

Esta prueba fue elaborada eligiendo ocho items -

del "INVENTARIO DE DEPRESION" de BECK (BECK, 1961, - 1967, 1978), según la adaptación al castellano que de ella hacen CONDE y otros (1976) y que por ser utilizada en esta investigación ya hemos detallado en capítulos anteriores.

La elección de estos items se basó en la necesidad de que reflejasen distintas alternativas en el estado de ánimo que pudiesen ser debidas a la falta de control en la prueba de las "sopas de letras". De esta forma se eliminaron items referentes por ejemplo a si el sujeto duerme bien o mal, ha perdido más o menos peso, o tiene pensamientos de hacerse daño. Además se limitaron las alternativas de respuesta a tres, y en algunos casos se hicieron ligeras modificaciones - en la redacción de las mismas.

Los ocho items de este mini-cuestionario corresponden respectivamente a los números 1,2,3,4,6,7,10 y 12 de la citada adaptación de CONDE y otros (1976) y las puntuaciones de cada una de las opciones van en - todos ellos desde cero hasta dos puntos según la menor o mayor intensidad que supone su contenido.

Estos tres cuestionarios control pueden encontrarse en el apéndice del trabajo.

C. DIBUJO CON ERRORES

Con el fin de tener una prueba distinta a las "so-
pas de letras" que pudiese servirnos para medir en --
cierto modo la posible generalización del desvalimien-
to a otras situaciones diferentes a las que lo crearon
decidimos elaborar la prueba del dibujo con errores,
conocida por la mayoría de la gente al igual que aqué-
llas por su continua aparición en periódicos y revis--
tas de pasatiempos.

La prueba consiste en dos dibujos aparentemente -
iguales, si bien uno de ellos presenta en este caso -
diez diferencias o errores con respecto al otro. Los -
sujetos deberán encontrar y señalar esos errores en un
tiempo máximo de cuatro minutos, siendo la puntuación
el número de diferencias encontradas en ese tiempo.

2. SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por alumnos de ambos sexos de tercer y cuarto curso de Pedagogía y Psicología, que voluntariamente se prestaron a ello, y a los que únicamente se dijo que se trataba de unas pruebas para una tesis doctoral, sin especificar en ningún caso el contenido y el objetivo de las mismas.

No marcamos ningún límite máximo de sujetos y - - aceptamos a todos aquellos que manifestaron querer participar y que como máximo tenían veintiocho años. En - total se presentaron ciento diecinueve personas.

Posteriormente, y por diversas causas como no - - asistir a todas las pruebas, llegar tarde, o tener más edad de la señalada, algunos sujetos fueron excluidos del experimento, quedando la muestra definitiva compuesta por noventa y seis.

3. DESARROLLO DE LAS PRUEBAS

Las pruebas se aplicaron de forma colectiva en - cuatro grupos distintos. Alumnos de Pedagogía, alumnos de tercero de Psicología y dos grupos de alumnos de - cuarto de Psicología. En todos ellos se empleó el mismo procedimiento.

En primer lugar, el mismo día que se contactó con

los sujetos y que éstos se presentaron voluntarios se les administró la escala de asertividad de Rathus, y - el cuestionario MAE de Pelechano. Seguidamente acordamos con ellos las dos fechas en que se celebrarían las restantes pruebas y los pedimos que no faltasen a las mismas.

El primer día de los señalados se celebró el grueso de las pruebas que componen el experimento, en un aula de la facultad correspondiente.

Los sujetos se colocaron guardando una distancia prudente entre sí, y al igual que en el experimento anterior se les indicó que debían realizar las pruebas como si se encontrasen solos en el aula, evitando por tanto cualquier tipo de comentario e incluso gestos - que pudiesen expresar la forma en que cada uno vivenciaba la situación.

A todos los presentes se les entregó una carpeta en la que habíamos incluido anteriormente las pruebas que se iban a desarrollar en el orden siguiente:

- PRUEBAS GENERALES

- BDI

- Cuestionario de circunstancias sociales facilitadoras de la depresión

- FASE DE TRATAMIENTO

- 1ª tanda de copias de letras

- Cuestionarios control (general, ansiedad y de--
presión)
 - 2ª tanda de sopas de letras
 - Cuestionarios control (general, ansiedad y de--
presión)
 - 3ª tanda de sopas de letras
 - Cuestionarios control (general, ansiedad y de--
presión)
- FASE DE TEST
- 1ª tanda de sopas de letras
 - Cuestionarios control (general, ansiedad y de--
presión)
 - Dibujo de los diez errores.

Todas las carpetas eran del mismo color y en el exterior tenían marcada a lápiz una letra que diferenciaba el contenido de las mismas en cuanto a las pruebas de la fase de tratamiento. En este sentido, se les dijo a los sujetos que la letra señalada no tenía nada que ver con el desarrollo de las pruebas, ya que simplemente indicaba la forma en que debían ser corregidas.

Todas las pruebas estaban colocadas "boca abajo", de tal forma que no podía ser observado su contenido, a menos que se les diese la vuelta, y se les advirtió a los sujetos que no lo hicieran hasta que en su momento se les indicase.

Las carpetas se repartieron aleatoriamente, pero intentando que aquellas marcadas con la misma letra se encontrasen entre sí lo más alejadas que fuese posible.

Una vez completadas las pruebas generales, se pidió a los sujetos cuya carpeta tuviese la letra "E" - que abandonasen el aula, dejando aquélla sobre la mesa, diciéndoles además que no comenzarían las pruebas hasta pasados unos veinticinco minutos aproximadamente.

A continuación se les explicó a todos aquellos - que permanecían en la sala en qué consistirían las --- pruebas siguientes, y la forma en que debían afrontarlas.

La fase de tratamiento se desarrolló de la siguiente manera:

Cada sujeto tenía en su carpeta tres cuadernillos con quince sopas de letras cada uno, correspondientes a las tres tandas de esta fase, y separados entre sí - por los cuestionarios control general de ansiedad y de depresión.

Comenzando con la primera sopa del primer cuadernillo, inicialmente los sujetos estimaban la probabilidad de éxito en la tarea a realizar, valorándola de 0 a 10 puntos, pronóstico este que debían anotar en la - parte superior de la hoja. Seguidamente, el experimentador decía en voz alta la palabra que los sujetos te-

nían que buscar, y en ese momento ponía el cronómetro en marcha. Pasados veinte segundos se daba la señal -- ¡TIEMPO! y automáticamente aquéllos pasaban la hoja y estimaban la probabilidad de la tarea siguiente, comenzando de nuevo el mismo proceso. Cuando una persona en contraba la palabra, la rodeaba con el bolígrafo y por manecía en silencio hasta que se daba la señal, no pudiendo en ningún caso pasar la hoja hasta este momento.

Una vez finalizado el primer cuadernillo, los sujetos completaban los cuestionarios control y posteriormente se iniciaba de nuevo el ciclo anterior.

Durante el tiempo que emplearon en rellenar los últimos cuestionarios control se les dieron algunas instrucciones a aquellos que estaban fuera del aula, sobre el contenido de las pruebas.

La fase de test tuvo lugar inmediatamente después y tras decirle a los sujetos que había algunos cambios en la forma de afrontar las tareas del siguiente cuadernillo, se les explicó exactamente en qué consistían:

Por un lado, ya no tendrían que estimar la probabilidad de éxito, y por otro se controlaría el tiempo exacto que cada uno empleara en encontrar la palabra correspondiente.

Así pues, el experimentador dictaba en voz alta la palabra que había que buscar, y en ese mismo momen-

to ponía el cronómetro en marcha. Cuando una persona - encontraba la palabra, levantaba la mano, y automáticamente un colaborador situado junto al cronometrador le susurraba a éste ¡ya!. Inmediatamente, el propio cronometrador, sin despegar la vista del cronómetro decía - en voz alta los segundos que en ese instante figurasen en el mismo, y el propio sujeto anotaba en su papel dicha medida. Pasados veinte segundos se daba la señal - de ¡TIEMPO! y los sujetos pasaban la hoja para realizar la siguiente tarea.

A continuación se completaban nuevamente los tres cuestionarios control, y por último previa explicación de sus características se desarrollaba la prueba del - dibujo de los diez errores, para la que se concedió un tiempo de cuatro minutos.

Finalmente, se agradeció a los sujetos su colaboración y se les recordó que dos días después teníamos concertadas nuevas pruebas, que tal y como habíamos - previsto se realizaron utilizando el mismo procedimiento que es la ya comentada fase de test, en el orden siguiente:

- FASE DE TEST

- 2ª tanda de sopas de letras.
- Cuestionarios control (general, ansiedad y depresión).

Los cuatro grupos en que se dividió la muestra para efectuar las pruebas experimentales, completaron las mismas en el plazo de cinco semanas.

4. DISEÑOS UTILIZADOS

Teniendo en cuenta el tipo de tarea que realizaron en la fase de tratamiento, y el grupo de depresión al que pertenecían, los noventa y seis sujetos de la muestra quedaron divididos de la siguiente manera:

	SUJETOS NORMALES	SUJETOS LEVES	SUJETOS MODERADOS
TAREAS A	12	5	2
TAREAS B	12	4	2
TAREAS C	11	5	3
TAREAS D	13	5	2
GRUPO CONTROL (E)	12	8	-
TOTAL	60	27	9

CUADRO Nº 18

Por lo que respecta a los sujetos normales, en función de la percepción de incontrolabilidad sobre los eventos, una vez realizados los análisis comentados en la introducción del experimento, quedaron distribuidos tal y como exponemos a continuación:

SUJETOS NO DESVALIDOS.....	19
SUJETOS DESVALIDOS.....	23
SUJETOS NO CLASIFICADOS EN CATEGORIAS ANTERIORES.....	26
SUJETOS GRUPO CONTROL (E).....	12
TOTAL.....	60

CUADRO Nº 19

Confeccionados estos grupos, decidimos en primer lugar comparar las puntuaciones en las pruebas generales de "no desvalidos" y "desvalidos" entre sí y con los leves y moderados con el fin de comprobar o rechazar la existencia de ciertas diferencias previas a la situación experimental. Para ello, comparamos la diferencia entre las distintas medias, utilizando la prueba de "t".

En segundo lugar, utilizamos un análisis de varianza 2 x 5 para determinar si el grupo de depresión (normales o leves) y el tipo de tarea durante la fase de tratamiento tenían alguna influencia en variables como el tiempo empleado y el número de aciertos conseguido en la 1ª tanda de la fase de test.

Centrándonos en el modelo "learned helplessness", como tal, comparamos en primer lugar las puntuaciones medias obtenidas por "no desvalidos", "desvalidos" y grupo control, en tiempo empleado y número de aciertos conseguidos en la 1ª tanda de la fase de test, valiéndonos para ello de la prueba de "t".

Establecimos también una simple comparación de -- porcentajes de sujetos "no desvalidos" y "desvalidos" en la percepción del propio rendimiento en la citada -- tanda.

A continuación, hallamos el porcentaje de sujetos normales "desvalidos" que cumplen los principales requisitos que indican un déficit de auto-estima al finalizar la fase de tratamiento. Es decir, atribución del fracaso a causas internas, creencia de que los compañeros experimentales han realizado las pruebas mejor, y creencia de que sucederá esto mismo en el futuro. Además comparamos el porcentaje de sujetos desvalidos que atribuye sus experiencias de éxito a causas externas -- con el de "no desvalidos" que hace lo mismo. Esta última comparación se realizó teniendo en cuenta las experiencias de la fase de tratamiento y la correspondiente a la 1ª tanda de la fase de test.

Seguidamente, mediante la prueba de "t" confrontamos las medias obtenidas por ambos grupos en los cuestionarios control de ansiedad y depresión, completados inmediatamente después de finalizar la fase de trata--

miento, y utilizando la misma prueba comparamos las medias obtenidas por los sujetos "desvalidos" en dichos cuestionarios, según la causa externa o interna a que atribuyeron su fracaso.

En cuanto a la estimación de la probabilidad de éxito y también mediante la prueba de "t" establecimos comparaciones entre las puntuaciones medias de "no desvalidos" y "desvalidos" en las tres tandas de la fase de tratamiento, y no hicimos lo mismo con los cambios de expectativa al realizar tales estimaciones, ya que como comprobará el lector, las diferencias son mínimas. Sin embargo, en este último apartado, si comparamos utilizando la prueba de "t" las puntuaciones medias de los sujetos desvalidos teniendo en cuenta si atribuyeron su fracaso a causas inestables o estables.

Posteriormente dividimos a los sujetos desvalidos según hubiesen hecho atribuciones externas o internas ante su fracaso, y confrontamos con la prueba de "t" las medias conseguidas por ambos grupos en tiempo empleado y nº de aciertos en la 1ª tanda de la fase de test.

En lo que se refiere a la cronicidad del desvalidamiento, hicimos dos tipos de comparaciones:

En primer lugar, la de las medias obtenidas por los sujetos desvalidos al finalizar la fase de tratamiento, en tiempo empleado y nº de aciertos conseguidos

en la 1ª tanda de la fase de test, teniendo en cuenta si atribuyeron su fracaso anterior a causas inestables o estables utilizando con tal fin la prueba de "t". También comparamos los porcentajes de sujetos de los grupos anteriores en la percepción del propio rendimiento en la citada tanda de la fase de test.

En segundo lugar, confeccionamos un nuevo grupo de sujetos desvalidos al finalizar la 1ª tanda de la fase de test, y establecimos una comparación entre las medias obtenidas por los mismos en tiempo empleado y nº de aciertos conseguidos en la 2ª tanda de dicha fase, valorando las causas inestables o estables a que atribuyeron su fracaso. Para ello volvimos a hacer uso de la prueba de "t". Asimismo planteamos una comparación simple entre los porcentajes de ambos grupos en la percepción del propio rendimiento en esta segunda tanda.

Dividimos este grupo de desvalidos al finalizar la 1ª tanda de la fase de test en dos subgrupos teniendo en cuenta si atribuyeron su fracaso a causas específicas o globales, y comparamos mediante la prueba de "t" las medias de ambos, en el número de aciertos conseguidos en el dibujo de los diez errores.

Trasladándonos ahora al "learned helplessness" como modelo de depresión, en el tema de los déficits motivacionales y cognitivos, establecimos las siguientes comparaciones:

- Análisis de varianza entre "no desvalidos", "desvalidos", normales grupo control, leves y moderados, en tiempo empleado y nº de aciertos conseguidos en la 1ª tanda de la fase de test.
- Pruebas de Scheffé necesarias para determinar posibles diferencias bilaterales entre los grupos anteriores.
- Análisis de varianza similares a los anteriores, pero ahora entre "no desvalidos", "desvalidos" y leves únicamente.
- Pruebas de Scheffé necesarias para determinar posibles diferencias bilaterales entre estos tres grupos.
- Pruebas de "t" entre "no desvalidos", "desvalidos" y normales grupo control por un lado, y leves y moderados por otro.

Nás adelante comparamos los porcentajes de sujetos de los grupos de "no desvalidos" y "desvalidos" con los de depresivos leves y moderados en la percepción del propio rendimiento en la 1ª tanda de la fase de test.

En cuanto al déficit de auto-estima, observamos el porcentaje de sujetos depresivos que fracasaron al finalizar la fase de tratamiento y que cumplen los principales requisitos que indican la existencia de este déficit, y los comparamos con los conseguidos por los norma

les "desvalidos". Asimismo, vimos el porcentaje de sujetos depresivos que atribuyen sus éxitos a causas externas y lo comparamos con las de "no desvalidos" y "desvalidos". Esta comparación la realizamos en la primera tanda de la fase de test y durante la fase de tratamiento.

A continuación planteamos una comparación mediante pruebas de "t" entre las puntuaciones medias de "no desvalidos" y "desvalidos" por un lado, y las de leves y moderados por otro, en los cuestionarios control de ansiedad y depresión completados al finalizar la fase de tratamiento.

La prueba de "t" también sirvió para comparar las medias en la estimación de la probabilidad de éxito entre los grupos anteriores en las tres tandas de la fase de tratamiento. No se efectuaron idénticas comparaciones en los cambios de expectativa al realizar dichas estimaciones, debido a que como podrá comprobar el lector las diferencias encontradas son mínimas. Determinamos también el porcentaje de sujetos depresivos que fracasan al finalizar la fase de tratamiento y la 1ª tanda de la fase de test y atribuyen sus fracasos a las distintas opciones atribucionales planteadas en la reformulación del modelo, y los comparamos con los correspondientes a los sujetos normales desvalidos.

Por último, como prueba complementaria realizamos un análisis correlacional en el que se incluyeron todas

las variables obtenidas en las pruebas generales y específicas más el sexo y la edad de todos los sujetos excepto los de los grupos control. Con el fin de hallar las correlaciones estadísticamente significativas empleamos la fórmula siguiente:

$$"t": r \sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

r: Correlación correspondiente.

N: Nº total de casos.

RESULTADOS

- COMPARACIONES ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS EN LAS PRUEBAS GENERALES

- BDI.

Los "no desvalidos" tienen una media superior a la de los "desvalidos" si bien la diferencia no es estadísticamente significativa.

Sí lo son al 1% las existentes entre estos dos grupos y los de depresivos.

- Acontecimientos graves.

- Aunque los "desvalidos" tienen una media superior a los "no desvalidos", la diferencia no es estadísticamente significativa.

- Sí lo son al 1% n.c. las existentes entre estos últimos y leves y moderados, y al 5% entre los primeros y ambos grupos de depresivos, que son los que más elevadamente puntúan.

CUADRO Nº 20

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS EN LAS PRUEBAS GENERALES

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS	LEVES	MODERADOS
TOTAL SUJETOS		19	23	27	9
BDI	\bar{x}	5	4	13'09	24'11
	σ	3'07	2'92	2'11	3'69
ACONTECIMIENTOS GRAVES	\bar{x}	0'16	0'43	1	1'22
	σ	0'37	0'66	1'09	1'2
DIFICULTADES IMPORTANTES	\bar{x}	0'47	0'43	1'09	0'89
	σ	0'77	0'73	1'41	1'36
FACTORES VULNERABILIDAD	\bar{x}	0'37	0'48	0'43	0'67
	σ	0'6	0'59	0'51	0'5
ASERTIVIDAD	\bar{x}	-0'74	-6'13	-13'85	-12'11
	σ	17'1	19'39	18'42	23'17
MOTIVACION POSITIVA	\bar{x}	17'1	19'56	16'96	19'33
	σ	4'71	5'97	6'23	7'47
MOTIVACION NEGATIVA	\bar{x}	2'16	3'08	3'37	3'33
	σ	1'15	1'75	1'84	2'18
ANSIEDAD FACILITADORA	\bar{x}	7'53	6'61	6'11	7
	σ	2'93	3'35	3'76	3'47
ANSIEDAD PERTURBADORA	\bar{x}	6'95	7'17	8'3	10'44
	σ	3'12	2'89	2'77	2'24

CUADRO Nº 21

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN LAS PUNTUACIONES DEL BDI

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}		
	"t"	-	-
DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	1	-
	"t"	1'03 No Signif.	
LEVES	Difer.		
	\bar{x}	9'09	8'09
	"t"	11'65 Signif. al 1%	11'08 Signif. al 1%
MODERADOS	Difer.		
	\bar{x}	19'11	20'11
	"t"	14'05 Signif. al 1%	15'96 Signif. al 1%

CUADRO Nº 22

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN ACONTECIMIENTOS GRAVES

	NO DESVALIDOS		DESVALIDOS
NO DESVALIDOS			
DESVALIDOS	\bar{x}	0'27	
	"t"	1'5	-
		No Signif.	
LEVES	\bar{x}	0'84	0'57
	"t"	3'11	2'19
		Signif. al 1%	Signif. al 5%
MODERADOS	\bar{x}	1'06	0'79
	"t"	3'42	2'32
		Signif. al 1%	Signif. al 5%

- Dificultades importantes.

- Unicamente son significativas al 10% n.c. - las diferencias entre "no desvalidos" y leves, y éstos y "desvalidos". Los leves son los que tienen la puntuación más alta, y los "desvalidos" la más baja.

- Factores que crean vulnerabilidad.

- Ninguna diferencia es estadísticamente significativa.

- Asertividad.

- La única diferencia significativa lo es al 5% entre la media más alta que corresponde a los "no desvalidos", y la más baja que corresponde a los moderados.

- Motivación positiva.

- Ninguna diferencia es estadísticamente significativa.

- Motivación negativa.

- La puntuación más elevada es la de los leves, y la más baja la de los "no desvalidos". La diferencia entre ambas es significativa al 5% n.c.

- Las restantes diferencias no son estadísticamente significativas.

CUADRO Nº 23

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN DIFICULTADES IMPORTANTES

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS		-	
DESVALIDOS	\bar{x}	0'04	
	"t"	0'17	-
		No Signif.	
LEVES	\bar{x}	0'62	0'66
	"t"	1'72	2
		Signif. al 10%	Signif. al 10%
MODERADOS	\bar{x}	0'42	0'46
	"t"	1'02	1'21
		No Signif.	No Signif.

CUADRO N° 24

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN FACTORES QUE CREAN VULNERABILIDAD

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
DESVALIDOS		-	
DESVALIDOS	\bar{x}	0'11	
	"t"	0'58	-
		No Signif.	
LEVES	\bar{x}	0'06	0'05
	"t"	0'37	0'31
		No Signif.	No Signif.
MODERADOS	\bar{x}	0'3	0'19
	"t"	1'25	0'83
		No Signif.	No Signif.

CUADRO Nº 25

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN ASERTIVIDAD

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS		-	
	Difer.		
DESVALIDOS	\bar{x}	5'39	-
	"t"	0'9	
		No Signif.	
	Difer.		
LEVES	\bar{x}	13'11	7'72
	"t"	2'4	1'42
		Signif. al 5%	No Signif.
	Difer.		
MODERADOS	\bar{x}	11'37	5'98
	"t"	1'43	0'73
		No Signif.	No Signif.

CUADRO Nº 26

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN MOTIVACION POSITIVA

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS		-	
DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	2'46	-
	"t"	1'4	
		No Signif.	
LEVES	Difer.		
	\bar{x}	0'14	2'6
	"t"	0'08	1'48
		No Signif.	No Signif.
MODERADOS	Difer.		
	\bar{x}	2'23	0'23
	"t"	0'94	0'09
		No Signif.	No Signif.

CUADRO Nº 27

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN MOTIVACION NEGATIVA

	NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS	-	
DESVALIDOS	Difer. \bar{x} 0'92 "t" 1'74 No Signif.	-
LEVES	Difer. \bar{x} 1'21 "t" 2'33 Signif. al 5%	0'29 0'56 No Signif.
MODERADOS	Difer. \bar{x} 1'17 "t" 1'62 No Signif.	0'25 0'45 No Signif.

- Ansiedad facilitadora.

- Ninguna diferencia puede considerarse como estadísticamente significativa.

- Ansiedad inhibidora o perturbadora.

- Las puntuaciones de los moderados son las más elevadas, y las diferencias significativas son al 1% las que se dan entre este grupo y los "no desvalidos" por un lado y el mismo y los "desvalidos" por otro.

ANALISIS DE VARIANZA 2 x 5

- INFLUENCIA DEL GRUPO DE DEPRESION (NORMALES O LEVES) Y EL TIPO DE TAREA EN LA FASE DE TRATAMIENTO EN EL TIEMPO EMPLEADO Y EL Nº DE ACIERTOS CONSEGUIDO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

Tal y como puede observarse en las tablas correspondientes ninguna de las variables independientes influye en el tiempo empleado, y únicamente el grupo de depresión al 7'3% n.c. influye en el nº de aciertos con seguido.

CUADRO Nº 28

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN ANSIEDAD FACILITADORA

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS		-	
DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	0'92	
	"t"	0'73 No Signif.	-
LEVES	Difer.		
	\bar{x}	1'42	0'5
	"t"	1'35 No Signif.	0'48 No Signif.
MODERADOS	Difer.		
	\bar{x}	0'53	0'39
	"t"	0'41 No Signif.	0'27 No Signif.

CUADRO Nº 29

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN ANSIEDAD PERTURBADORA

	NO DESVALIDOS		DESVALIDOS
NO DESVALIDOS	-		
DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	0'22	
	"t"	0'23	-
	No Signif.		
LEVES	Difer.		
	\bar{x}	1'35	1'13
	"t"	1'52	1'39
	No Signif.		No Signif.
MODERADOS	Difer.		
	\bar{x}	3'49	3'27
	"t"	2'93	2'79
	Signif. al 1%		Signif. al 1%

CUADRO N° 30

TABLA DEL ANALISIS DE VARIANZA 2 x 5 EN "TIEMPO EMPLEADO"

SOURCE	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE	F	PROB. OF EXCEEDED
MEAN	4328984.00000	1	4328984.00000	4831.04688	0.0
G (Grupo Depresión)	117.31250	1	117.31250	0.13092	0.718
H (Tarea realizada)	727.12500	4	181.78125	0.20286	0.936
GH	1403.25000	4	350.81250	0.39150	0.814
ERROR	72582.12500	81	896.07544		

CUADRO Nº 31

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA 2 x 5 EN "Nº DE ACIERTOS"

SOURCE	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE	F	PROB. OF EXCEEDED
MEAN	4789.23828	1	4789.23828	718.64600	0.000
G (Grupo Depresión)	22.04175	1	22.04175	3.30746	0.073
H (Tipo tarea)	5.60767	4	1.40192	0.21036	0.932
GH	13.40747	4	3.35187	0.50296	0.734
ERROR	539.80444	81	6.66425		

COMPARACIONES EN LAS QUE SOLO INTERVIENEN SUJETOS NOR-

MALES

- Déficits motivacionales y cognitivos.

- La media obtenida por los sujetos "no desvalidos" en tiempo empleado es inferior a la de los "desvalidos". La diferencia entre ambas es estadísticamente significativa al 5% n.c., ya que la "t" encontrada $2'51 > 2'02$.

- Asimismo los "no desvalidos" consiguieron una media más elevada en número de aciertos que los "desvalidos", siendo la diferencia estadísticamente significativa al 1% n.c. debido a que la "t" $2'93 > 2'71$.

- En la comparación bilateral entre ambos grupos y el grupo control, se puede observar cómo las puntuaciones medias de éste en ambas variables se encuentran entre las de aquéllos y las diferencias existentes no pueden considerarse como estadísticamente significativas.

- Percepción del propio rendimiento.

- El 73'91% de sujetos "desvalidos" manifestó haber realizado las pruebas posteriores, regular, mal o muy mal, mientras que tan sólo el 42'10% de los "no desvalidos" incluyó su rendimiento en la categoría de regular y ninguno en las de mal o muy mal.

CUADRO Nº 32

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS DE SUJETOS "NORMALES" EN "TIEMPO EMPLEADO" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO Y SI AL FINALIZAR DICHA FASE FUERON CLASIFICADOS COMO NO DESVALIDOS O DESVALIDOS

TIPO DE TAREA	NO DESVALIDOS N: 19	DESVALIDOS N: 23	NO CLASIFICADOS N: 6	TOTAL N: 60
A	\bar{x} 215'33 σ 20'78	275 -	243'8 17'63	232'17 26'31
B	\bar{x} 223'2 σ 11'67	232'28 26'49	-	233 21'2
C	\bar{x} 216' σ 22'63	236'25 34'92	236 -	232'54 31'17
C	\bar{x} 215'33 σ 27'55	242'28 29'40	-	229'35 30'73
GRUPO CONTROL (E)	\bar{x} - σ -	-	-	230'67 23'16
TOTAL	\bar{x} 217'47 σ 20'05	238'56 29'9		

CUADRO Nº 33

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS DE SUJETOS "NORMALES" EN NÚMERO DE ACIERTOS EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO Y SI AL FINALIZAR DICHA FASE FUERON CLASIFICADOS COMO NO DESVALIDOS O DESVALIDOS

TIPO DE TAREA		NO DESVALIDOS N: 19	DESVALIDOS N: 23	NO CLASIFICADOS N: 6	TOTAL N: 60
A	\bar{x} σ	8'33 0'8	4 -	7'2 2'28	7'5 1'93
B	\bar{x} σ	9'8 1'64	7'57 1'9	- -	8'08 2'23
C	\bar{x} σ	8'5 0'71	8 2'20	7 -	8 1'9
D	\bar{x} σ	10'5 2'95	7'14 2'41	- -	8'69 3'09
GRUPO CONTROL (E)	\bar{x} σ	-	-	-	8'5 2'58
TOTAL	\bar{x} σ	9'42 2'03	7'43 2'19		

CUADRO Nº 34

MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTIN-
TOS GRUPOS DE SUJETOS NORMALES EN "TIEMPO EMPLEADO" Y
"Nº DE ACIERTOS" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

		TIEMPO EMPLEADO	Nº DE ACIERTOS
NO DESVALIDOS	\bar{x}	217'47	1'42
	σ	20'05	2'03
DESVALIDOS	\bar{x}	238'56	7'43
	σ	29'9	2'19
GRUPO CONTROL (E)	\bar{x}	230'67	8'5
	σ	23'16	2'58

CUADRO Nº 35

DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA ENTRE NO DESVALI-
LIDOS Y DESVALIDOS EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

	TIEMPO EMPLEADO	Nº ACIERTOS
Diferencia \bar{x}	21'09	1'99
"t"	2'51	2'93
	Signif. al 5%	Signif. al 1%

CUADRO Nº 36

DIFERENCIAS DE MEDIAS Y "t" OBTENIDA ENTRE NO DESVALI-
DOS Y DESVALIDOS, Y EL GRUPO CONTROL (E) DE SUJETOS -
"NORMALES" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
GRUPO CONTROL (E)	TIEMPO Difer.		
	EMPLEADO \bar{x}	13'2	7'89
	"t"	1'6	0'76
		No Signif.	No Signif.
	Nº Difer.		
	ACIERTOS \bar{x}	0'92	1'07
	"t"	1'05	1'24
		No Signif.	No Signif.

CUADRO Nº 37

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS NO DESVALIDOS Y
DESVALIDOS EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª
TANDA DE LA FASE DE TEST

	NO DESVALIDOS N: 19	DESVALIDOS N: 23
MUY BIEN	2 10'53%	-
BIEN	9 47'37%	6 26'09%
REGULAR	8 42'10%	13 56'52%
MAL	-	2 8'69%
MUY MAL	-	2 8'69%
TOTAL REGULAR, MAL Y MUY MAL	8 42'10%	17 73'91%

CUADRO N° 38

NUMERO Y TANTOS POR CIENTO DE SUJETOS "NO DESVALIDOS"
EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA
FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REA
LIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE TAREA	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
A	6	-	2 33'33%	4 66'67%	-	-
B	5	1 20%	3 60%	1 20%	-	-
C	2	-	1 50%	1 50%	-	-
D	6	1 16'67%	3 50%	2 33'33%	-	-
TOTAL	19	2 10'53%	9 47'37%	8 42'10%	-	-

CUADRO Nº 39

NUMERO Y TANTOS POR CIENTO DE SUJETOS "DESVALIDOS" EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE SUJETOS	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
A	1	-	-	-	1 100%	-
B	7	-	2 28'57%	5 71'43%	-	-
C	8	-	2 25%	5 62'5%	-	1 12'5%
D	7	-	2 28'57%	3 42'86%	1 14'28%	1 14'28%
TOTAL	23	-	6 26'09%	13 56'52%	2 8'69%	2 8'69%

CUADRO Nº 40

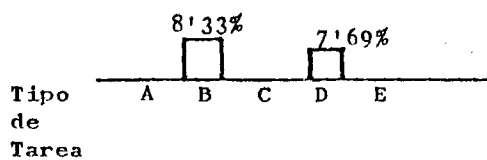
NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS "NORMALES" EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST SEGUN EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE TAREA	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
A	12	-	2 16'67%	7 58'33%	2 16'67%	1 8'33%
B	12	1 8'33%	6 50%	5 41'67%	-	-
C	11	-	4 36'36%	6 54'54%	1 9'09%	-
D	13	1 7'69%	5 38'46%	5 38'46%	1 7'69%	1 7'69%
GRUPO CONTROL (E)	12	-	3 25%	8 66'67%	1 8'33%	-
TOTAL	60	2 3'33%	20 33'33%	31 51'67%	5 8'33%	2 3'33%

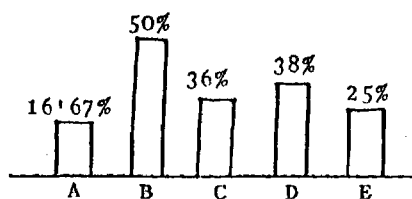
CUADRO Nº 41

COMPARACION DE LOS DISTINTOS TANTOS POR CIENTO DE
SUJETOS "NORMALES" EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO
EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

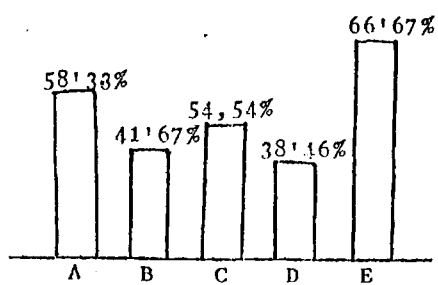
Calificación: MUY BIEN



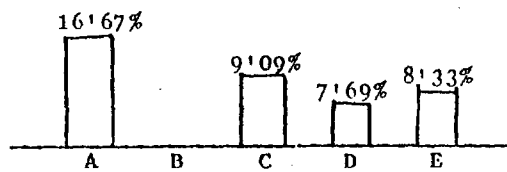
Calificación: BIEN



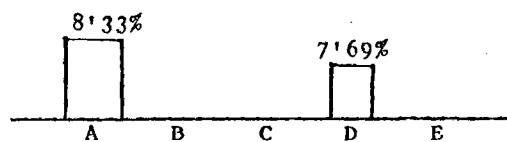
Calificación: REGULAR



Calificación: MAL

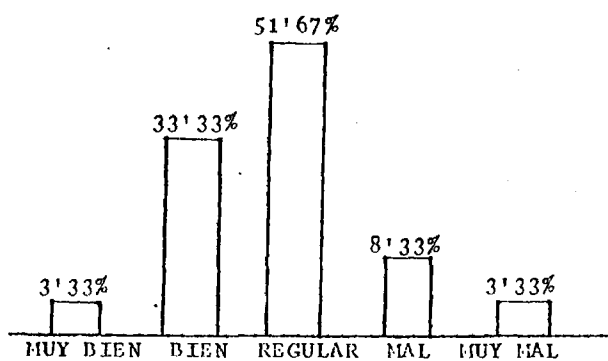


Calificación: MUY MAL



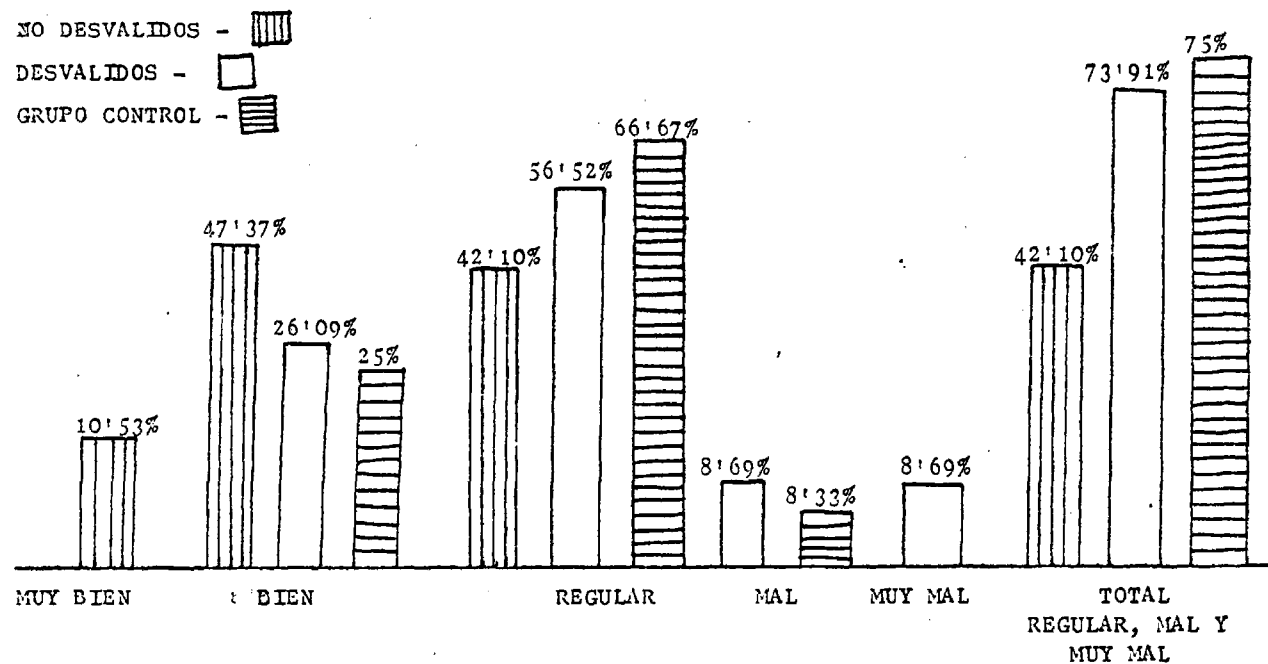
CUADRO Nº 42

TANTOS POR CIENTO TOTALES DE SUJETOS "NORMALES" EN
CADA UNA DE LAS ALTERNATIVAS DE PERCEPCION DEL REN
DIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



CUADRO Nº 43

COMPARACION DE LOS DISTINTOS TANTOS POR CIENTO ENTRE NO DESVALIDOS, DESVALIDOS Y GRUPO CONTROL EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



- Por otro lado, el 47'37% de los "no desvalidos" y el 10'53% del mismo grupo catalogaron su rendimiento como bueno y muy bueno respectivamente mientras que tan sólo el 26'09% de los desvalidos manifestó que lo había hecho bien.

- Déficit de auto-estima.

- El 65'22% de los sujetos desvalidos atribuyó su fracaso a causas internas.

- El 52'17% de los sujetos del mismo grupo manifestó la creencia de que los compañeros experimentales lo habían hecho mejor que ellos.

- El 60'87% expresó la creencia de que en el futuro los compañeros experimentales lo harían mejor que ellos. Frente a este porcentaje, ningún sujeto del grupo de "no desvalidos" hizo este tipo de manifestación.

- En cuanto a la percepción del éxito en la 1ª tanda de la fase de test, del 34'78% de sujetos "desvalidos" que indicaron tener tal percepción, el 62'5% lo atribuyó a causas externas, mientras que del 57'89% de sujetos "no desvalidos" tan solo el 18'18% manifestó atribuciones de este tipo.

- Realizando la misma observación anterior en todas las oportunidades que tuvieron los sujetos durante la fase de tratamiento podemos ver como los "desvalidos" tan solo percibieron un éxito el 7'25% de las ve-

ces en que opinaron sobre su rendimiento atribuyéndolo a causas externas en el 40% de las ocasiones. Por el contrario, los "no desvalidos" perciben un éxito en el 68'42% de las veces, y tan solo lo atribuyen a causas externas el 10'26% de las mismas.

- Déficit emocional o afectivo.

- Al finalizar la fase de tratamiento, la media en ansiedad de los "desvalidos" resultó ser más elevada que la de los "no desvalidos", y la diferencia entre ambos estadísticamente significativa al 5% n.c. ya que la "t" obtenida $2'28 > 2'08$.

- En cuanto a las puntuaciones en depresión, también al finalizar la fase de tratamiento la media de los desvalidos es de nuevo superior a la de los "no desvalidos" y la diferencia puede considerarse como estadísticamente significativa al 10% n.c. al ser la "t" $1'96 > 1'68$.

- Relación entre déficit de auto-estima y déficit emocional.

- En lo que se refiere a la ansiedad, aquellos sujetos desvalidos que atribuyeron su fracaso a causas internas, obtuvieron una media superior a la de aquellos otros pertenecientes al mismo grupo, pero que atribuye-

CUADRO Nº 44

MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS, DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA POR LOS SUJETOS DESVALIDOS TENIENDO EN CUENTA LA DIMENSION ATRIBUCIONAL EXTERNO-INTERNO EN LOS CUESTIONARIOS CONTROL DE ANSIEDAD Y DEPRESION REALIZADOS AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO

		ANSIEDAD	DEPRESION
ATRIBUCION			
CAUSAS	\bar{x}	2'71	2'14
EXTERNAS			
(Desvalimiento universal)	σ	1'25	2'41
ATRIBUCION			
CAUSAS	\bar{x}	5'33	2'67
INTERNAS			
(Desvalimiento personal)	σ	2'74	2'97
Diferencia entre \bar{x}		2'62	0'53
"t"		2'3	0'39
		Signif. al 5%	No Signif.

ron su fracaso a causas externas. La diferencia entre ambos es estadísticamente significativa al 5% n.c., debido a que la "t" encontrada $2'3 > 2'02$.

- En depresión, la diferencia entre los grupos anteriores no es significativa, si bien aquellos que hicieron atribuciones internas puntuaron ligeramente por encima.

- Estimación de la probabilidad de éxito y cambios de expectativa al realizar dicha estimación.

- En los tres controles efectuados durante la fase de tratamiento la media de los sujetos "no desvalidos" al estimar la probabilidad de éxito, fue más elevada que la de los "desvalidos". Las diferencias aumentan a medida que avanza la prueba, y en todos los casos son estadísticamente significativas al 1% n.c.

- En cuanto a los cambios de expectativa al realizar las estimaciones, tal y como hemos comentado en el apartado de los diseños, y como puede observarse en el cuadro correspondiente, las diferencias son tan mínimas que no hemos creído necesario utilizar ninguna prueba estadística para comprobar que no son significativas.

- Si hemos analizado los cambios de expectativa en función del tipo de atribución estable o inestable ante el fracaso anterior.

CUADRO Nº 45

NUMERO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE TRAS PERCIBIR EL FRACASO HACEN ATRIBUCIONES INESTABLES Y ESTABLES RESPECTO A LA CAUSA DEL MISMO EN LOS DOS - PRIEROS CONTROLES DE LA FASE DE TRATAMIENTO

	1er CONTROL		2º CONTROL	
	CAUSAS INESTABLES	CAUSAS ESTABLES	CAUSAS INESTABLES	CAUSAS ESTABLES
NO DESVALIDOS	5	4	5	1
DESVALIDOS	6	9	6	9
NORMALES NO CLASIFICADOS EN CATEGORIAS ANTERIORES	1	5	1	4
TOTAL SUJETOS NORMALES	12	18	12	14
SUJETOS LEVES	3	13	4	10
SUJETOS MODERADOS	1	7	1	5

CUADRO Nº 46

MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS, DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS Y "t" OBTENIDA POR LOS SUJETOS NORMALES, EN CAMBIO DE EXPECTATIVA AL ESTIMAR LA PROBABILIDAD DE ÉXITO EN LAS TANDAS DOS Y TRES DE LA FASE DE TRATAMIENTO TENIENDO EN CUENTA LA DIMENSION ATRIBUCIONAL INESTABLE-ESTABLE ANTE EL FRACASO PERCIBIDO EN LAS TANDAS UNO Y DOS RESPECTIVAMENTE DE LA MISMA FASE

	TANDA 2		TANDA 3	
	INESTABLE	ESTABLE	INESTABLE	ESTABLE
MEDIAS	0'93	0'48	0'71	0'57
DESVIACIONES TÍPICAS	0'87	0'45	0'68	0'56
DIFERENCIA ENTRE \bar{x}	0'45		0'14	
"t"	1'8 Signif. al 10%		0'56 No Signif.	

En los dos análisis, los sujetos que atribuyeron su fracaso anterior a causas estables mostraron menores cambios en sus expectativas que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables. Sin embargo, la diferencia únicamente es estadísticamente significativa al 10% n.c. en la medición realizada en la 2ª tanda de la fase de tratamiento.

- Diferencias entre desvalidos personales y universales en los déficits motivacionales y cognitivos.

- Aquellos desvalidos al finalizar la fase de tratamiento que atribuyeron su fracaso a causas internas emplearon más tiempo en la 1ª tarea de la fase de test, que los que lo hicieron a causas externas. La diferencia sin embargo no es estadísticamente significativa.

- Tampoco podemos considerar como estadísticamente significativa la diferencia entre los grupos anteriores en el nº de aciertos de la citada 1ª tanda de la fase de test, si bien aquellos que atribuyeron su fracaso a causas internas obtuvieron una media más baja que la de aquellos otros que lo hicieron a causas externas.

CUADRO N° 47

MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS, DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST POR LOS SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO; TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION EXTERNA O INTERNA QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	TIEMPO EMPLEADO		Nº DE ACIERTOS	
	CAUSAS EXTERNAS N: 7	CAUSAS INTERNAS N: 15	CAUSAS EXTERNAS N: 7	CAUSAS INTERNAS N: 15
MEDIA	225'43	245'47	8'14	7'2
DESVIACION TIPICA	33'7	25'61	2'54	2'08
DIFERENCIA ENTRE MEDIAS	20'04		0'94	
"t"	1'46 No Signif.		0'88 No Signif.	

- Cronicidad del desvalimiento.

- Los sujetos desvalidos al finalizar la fase de tratamiento que atribuyeron su fracaso a causas estables, emplearon más tiempo en la 1ª tanda de la fase de test, que aquellos otros pertenecientes al mismo grupo que lo atribuyeron a causas inestables. La diferencia es estadísticamente significativa al 5% n.c., ya que la "t" obtenida $2'22 > 2'09$.

- Comparando nuevamente a los mismos sujetos que en el caso anterior, aquellos que atribuyeron su fracaso a causas estables consiguieron menos aciertos en la 1ª tanda de la fase de test, que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables. Sin embargo, en esta ocasión la diferencia no puede considerarse como estadísticamente significativa.

- Siguiendo con los mismos grupos, el 90% de los que atribuyeron su fracaso a causas estables manifestaron haber rendido en esta 1ª tanda de la fase de test, regular, mal o muy mal, frente al 58'33% de los que lo hicieron a causas inestables.

- En cuanto a los sujetos desvalidos al finalizar la 1ª tanda de la fase de test, aquellos que atribuyeron su fracaso a causas estables, emplearon más tiempo en la 2ª tanda de la misma fase que los que lo hicieron a causas inestables. No obstante, la diferencia no es estadísticamente significativa.

- Tampoco es significativa desde un punto de vista estadístico la diferencia entre las medias de los grupos anteriores en el nº de aciertos conseguidos en la citada 2ª tanda de la fase de test. De todas formas la obtenida por los que atribuyeron su fracaso a causas estables es inferior a la de aquellos que lo hicieron a causas inestables.

- Por último, y refiriéndonos también a los mismos grupos, el 100% de los que atribuyeron su fracaso a causas estables expresó haber rendido regular, mal o muy mal en la 2ª tanda de esta fase de test. Entre aquellos otros que lo atribuyeron a causas inestables, el 72'72% se manifestó en el mismo sentido.

- Generalización del desvalimiento.

- Los sujetos "desvalidos" al finalizar la 1ª tanda de la fase de test, que atribuyeron su fracaso a causas específicas, obtuvieron una media de aciertos en el dibujo de los diez errores, más elevada que aquellos otros que lo hicieron a causas globales. No obstante, la diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO Nº 48

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO SEGUN EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN DICHA FASE, Y LAS ATRIBUCIONES QUE HICIERON INESTABLES O ESTABLES SOBRE SU FRACASO

TIPO DE TAREA	CAUSAS INESTABLES	CAUSAS ESTABLES	TOTAL
A Nº 12	1 8'33%	-	1 8'33%
B Nº 12	5 41'67%	3 25%	8 66'67%
C Nº 11	4 36'37%	2 18'18%	6 54'55%
D Nº 13	2 15'38%	5 38'46%	7 53'85%
TOTAL	12	10	22

CUADRO Nº 49

MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS, DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST POR LOS SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO, TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION INESTABLE O INESTABLE QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	TIEMPO EMPLEADO		Nº DE ACIERTOS	
	CAUSAS INESTABLES N: 12	CAUSAS ESTABLES N: 10	CAUSAS INESTABLES N: 12	CAUSAS ESTABLES N: 10
MEDIA	224'67	250'4	8	6'9
DESVIACION TIPICA	28'87	22'21	2'26	2'13
DIFERENCIA ENTRE \bar{x}	25'73		1'1	
"t"	2'22 Signif. al 5%		0'98 No Signif.	

CUADRO Nº 50

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION INESTABLE O ESTABLE QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	CAUSAS INESTABLES Nº 12	CAUSAS ESTABLES Nº 10
MUY BIEN	-	-
BIEN	5 41'67%	1 10%
REGULAR	6 50%	7 70%
MAL	1 8'33%	1 10%
MUY MAL	-	1 10%
TOTAL REGULAR, MAL Y MUY MAL	7 58'33%	9 90%

CUADRO Nº 51

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS TRAS
LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST SEGUN EL TIPO DE TAREA
REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO Y LAS ATRIBUCIONES
INESTABLES O ESTABLES QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

TIPO DE TAREA	CAUSAS INESTABLES	CAUSAS ESTABLES	TOTAL
A N:12	5 41'67%	1 8'33%	6 50%
B N:12	-	3 25%	3 25%
C N:11	3 27'27%	1 9'09%	4 36'36%
D N:13	1 7'69%	5 38'46%	6 46'15%
GRUPO CONTROL (E) N:12	2 16'67%	3 25%	5 41'67%
TOTAL	11	13	24

CUADRO Nº 52

MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS, DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN RENDIMIENTO EN LA 2ª TANDA DE LA FASE DE TEST POR LOS SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA 1ª, TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION INESTABLE O ESTABLE QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	TIEMPO EMPLEADO		Nº DE ACIERTOS	
	CAUSAS INESTABLES N: 11	CAUSAS ESTABLES N: 13	CAUSAS INESTABLES N: 11	CAUSAS ESTABLES N: 13
MEDIA	231'73	249'17	6'82	5'25
DESVIACION TIPICA	21'92	27'61	2'31	2'05
DIFERENCIA ENTRE \bar{x}	17'44		1'57	
"t"	1'61 No Signif.		1'67 No Signif.	

CUADRO Nº 53

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS TRAS LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 2ª TANDA DE LA MISMA FASE, TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION INESTABLE O ESTABLE QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	CAUSAS INESTABLES N: 11	CAUSAS ESTABLES N: 13
MUY BIEN	-	-
BIEN	3 27'27%	-
REGULAR	7 63'64%	7 53'85%
MAL	-	5 38'46%
MUY MAL	1 9'09%	1 7'69%
TOTAL REGULAR, MAL Y MUY MAL	8 72'72%	13 100%

CUADRO N° 54

COMPARACIONES EN EL RENDIMIENTO EN LA 2ª TANDA DE LA FASE DE TEST ENTRE LOS SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA 1ª TANDA DE LA MISMA FASE, TENIENDO EN CUENTA LA FORMA EN QUE ESTABAN CLASIFICADOS AL CONCLUIR LA FASE DE TRATAMIENTO

GRUPO AL QUE PERTENECIAN AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO	TOTAL SUJETOS		TIEMPO EMPLEADO	Nº DE ACIERTOS
NO DESVALIDOS	4	\bar{x}	240	5'75
		σ	37'74	3'5
DESVALIDOS	11	\bar{x}	235'09	6'18
		σ	20'62	1'6
NORMALES SIN CLASIFICAR EN CATEGORIAS ANTERIORES	4	\bar{x}	262'25	4'75
		σ	23'29	2'06
GRUPO CONTROL (E)	5	\bar{x}	245	6'8
		σ	22'05	2'77

CUADRO Nº 55

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
EN LA 2ª TANDA DE LA FASE DE TEST

	TOTAL SUJETOS		TIEMPO EMPLEADO	Nº DE ACIERTOS
NO DESVALIDOS	19	\bar{x}	234'05	6'68
al finalizar		σ	24'41	2'54
fase tratamiento				
DESVALIDOS	23	\bar{x}	239'87	6'26
al finalizar		σ	22'18	1'71
fase tratamiento				
DESVALIDOS	24	\bar{x}	242'5	6'54
al finalizar		σ	26'77	4'19
1ª tanda				
fase de test				
LEVES	27	\bar{x}	232'22	7'18
		σ	32'1	2'57
MODERADOS	9	\bar{x}	254'89	4'33
		σ	13'99	1

CUADRO Nº 56

MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS, DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN EL DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES POR LOS SUJETOS DESVALIDOS AL FINALIZAR LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, Y LOS DEPRESIVOS LEVES QUE FRACASARON EN DICHA SERIE TENIENDO EN CUENTA LA ATRIBUCION ESPECIFICA O GLOBAL QUE HICIERON SOBRE SU FRACASO

	SUJETOS DESVALIDOS al finalizar 1ª tanda fase de test		SUJETOS DEPRESIVOS LEVES con fracaso en la 1ª tanda de la fase de test	
	CAUSAS ESPECIFICAS	CAUSAS GLOBALES	CAUSAS ESPECIFICAS	CAUSAS GLOBALES
TOTAL SUJETOS	18	6	10	12
MEDIA	7'67	6'67	7'9	7'67
DESVIACION TIPICA	1'28	1'21	0'87	1'37
DIFERENCIA ENTRE MEDIAS		1		0'23
"t"		1'61 No Signif.		0'09 No Signif.

CUADRO Nº 57

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
EN EL DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES

	TOTAL SUJETOS		Nº DE ACIERTOS
NO DESVALIDOS al finalizar fase tratamiento	19	\bar{x} σ	8'1 0'99
DESVALIDOS al finalizar fase tratamiento	23	\bar{x} σ	7'35 1'11
DESVALIDOS al finalizar 1ª tanda fase de test	24	\bar{x} σ	7'42 1'32
LEVES	27	\bar{x} σ	8'09 1'2
MODERADOS	9	\bar{x} σ	6'89 2'09

COMPARACIONES QUE SE REFIEREN AL "LEARNED HELPLESSNESS"
COMO MODELO DE DEPRESION

- Déficits motivacionales y cognitivos.

- La media más baja en "tiempo empleado" en la 1ª tanda de la fase de test, la obtuvo el grupo de "no desvalidos", mientras que la más alta fue la de los depresivos leves.

- El análisis de varianza con los cinco grupos - "no desvalidos", "desvalidos", normales grupo control, leves y moderados- presentó una F estadísticamente significativa al 5% n.c., ya que $3'59 > 3'07$.

- Sin embargo, ninguna de las diferencias bilaterales entre los distintos grupos resultó ser estadísticamente significativa ni al 10% n.c. utilizando la prueba de Scheffé.

- El análisis de varianza con tres grupos "no desvalidos", "desvalidos" y leves- presentó una F estadísticamente significativa al 10% n.c. debido a que $2'26 > 1'99$.

- Las pruebas de Scheffé realizadas a continuación indicaron diferencias estadísticamente significativas al 10% n.c. entre "no desvalidos" y "desvalidos" y aquéllos y leves. La diferencia entre "desvalidos" y aquéllos y leves.

dos" y leves no puede considerarse como estadísticamente significativa.

- Las pruebas de "t" señalaron diferencias significativas al 5% n.c. entre "no desvalidos" y leves y aquéllos y moderados ya que $2'44$ y $2'46 > 2'01$ y $2'06$ respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los "desvalidos" y ambos grupos de depresivos.

- En cuanto al número de aciertos conseguidos en esta 1ª tanda de la fase de test, la media más alta es la de los "no desvalidos" y la más baja la de los depresivos leves.

- En el análisis de varianza con cinco grupos la F es estadísticamente significativa al 1% n.c. al ser $8'12 > 4'79$.

- Las pruebas de Sheffé mostraron diferencias estadísticamente significativas al 1% n.c. entre "no desvalidos" y leves, y al 10% n.c. entre "no desvalidos" y "desvalidos", y aquéllos y moderados.

- La F del análisis de varianza con tres grupos es también estadísticamente significativa al 1% n.c., ya que $4'4 > 3'48$.

- En las pruebas de Sheffé correspondientes encontramos diferencias estadísticamente significativas

al 1% entre "no desvalidos" y leves, y al 5% entre "no desvalidos" y "desvalidos". La diferencia entre éstos y leves no es significativa desde un punto de vista estadístico.

- Las pruebas de "t" indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas al 1% - n.c. entre "no desvalidos" y leves y aquéllos y moderados, y al 10% n.c. entre normales del grupo control y leves.

- Percepción del propio rendimiento.

- El 92'58% de los depresivos leves y el 66'67% de los depresivos moderados manifestó que su rendimiento en la 1ª tanda de la fase de test había sido regular, malo o muy malo.

Recordemos que el mismo tipo de manifestación fue expresado por el 42'10% de los "no desvalidos" y el 73'9% de los "desvalidos".

- Por otro lado, el 7'4% de los leves y el 33'33% de los moderados catalogó su rendimiento en la citada 1ª tanda de la fase de test como de bueno o muy bueno, frente al 57'5% de "no desvalidos" y el 26'09% de "desvalidos".

CUADRO Nº 58

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS DE DEPRESION EN "TIEMPO EMPLEADO" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE TAREA		SUJETOS NORMALES	SUJETOS LEVES	SUJETOS MODERADOS
A	\bar{x}	232'17	232'8	240'5
	σ	26'31	17'38	23'33
B	\bar{x}	233	262	222
	σ	21'2	17'37	14'14
C	\bar{x}	232'54	242'8	242'67
	σ	31'17	42'59	13'61
D	\bar{x}	229'85	229'8	237
	σ	30'73	13'88	4'24
GRUPO CONTROL (E)	\bar{x}	230'67	231'5	-
	σ	23'16	42'81	
TOTAL	\bar{x}	230'71	238'04	236'33
	σ	26'81	31'75	14'58

CUADRO N° 59

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS DE DEPRESION EN "N° DE ACIERTOS" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE TAREA		SUJETOS NORMALES N: 60	SUJETOS LEVES N: 27	SUJETOS MODERADOS N: 9
A	\bar{x}	7'5	6'87	7'5
	σ	1'93	1'48	2'12
B	\bar{x}	8'08	5	8'5
	σ	2'23	2'44	0'71
C	\bar{x}	8	7	6'33
	σ	1'9	3'54	2'08
D	\bar{x}	8'69	7	7
	σ	3'09	1'87	0
GRUPO CONTROL (E)	\bar{x}	8'5	7'13	-
	σ	2'58	3'04	-
TOTAL	\bar{x}	8'19	6'7	7'22
	σ	2'3	2'55	1'56

CUADRO Nº 60

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR LOS DISTIN-
TOS GRUPOS EN "TIEMPO EMPLEADO" Y "Nº DE ACIERTOS" EN -
LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

		TIEMPO EMPLEADO	Nº DE ACIERTOS
NO DESVALIDOS	\bar{x}	217'47	9'42
	σ	20'05	2'03
DESVALIDOS	\bar{x}	238'56	7'43
	σ	29'9	2'19
NORMALES GRUPO CONTROL (E)	\bar{x}	230'67	8'5
	σ	23'16	2'58
LEVES	\bar{x}	238'04	6'7
	σ	31'75	2'55
MODERADOS	\bar{x}	236'33	7'22
	σ	14'58	1'56

CUADRO Nº 61

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA ENTRE LOS CINCO GRUPOS EN
"TIEMPO EMPLEADO"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	5.930'96	2	2.965'48	3'59
INTRAGRUPPO	54.538'34	66	826'34	Signif. al 5% n.c.
TOTAL	60.469'3	68		

CUADRO Nº 62

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA ENTRE LOS CINCO GRUPOS EN
"Nº DE ACIERTOS"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	84'47	2	42'23	8'12
INTRAGRUPPO	343'3	66	5'2	Signif. al 1% n.c.
TOTAL	428	68		

CUADRO Nº 63

COMPARACIONES ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE INDICAN
DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS
MEDIAS DE LOS MISMOS SEGUN LA PRUEBA DE SCHEFFÉ REALI-
ZADA TRAS EL ANALISIS DE VARIANZA CON CINCO GRUPOS

Nº DE ACIERTOSSUJETOS NO DESVALIDOS

SUJETOS DESVALIDOS	$3'01 < 3'13$ $3'01 > 2'82$	Signif. al 10% n.c.
--------------------	--------------------------------	------------------------

SUJETOS LEVES	$4'12 > 3'73$	Signif. al 1% n.c.
---------------	---------------	-----------------------

SUJETOS MODERADOS	$2'82 \geq 2'82$	Signif. al 10% n.c.
-------------------	------------------	------------------------

TIEMPO EMPLEADO

-Ninguna de las diferencias en "tiem-
po empleado" resultó ser estadística-
mente significativa utilizando esta
prueba.

CUADRO Nº 64

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA ENTRE LOS TRES GRUPOS
EN "TIEMPO EMPLEADO"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	6.601'69	4	1.650'42	2'26
INTRAGRUPPO	62.189'01	85	731'63	Signif. al 5% n.c.
TOTAL	68.240'7			

CUADRO Nº 65

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA ENTRE LOS TRES GRUPOS EN
"Nº DE ACIERTOS"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	86'48	4	21'62	4'4
INTRAGRUPPO	417'14	85	4'91	Signif. al 1% n.c.
TOTAL	503'62	89		

CUADRO Nº 66

COMPARACIONES ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE INDICAN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS MISMOS SEGUN LA PRUEBA DE SCHEFFÉ REALIZADA TRAS EL ANALISIS DE VARIANZA CON TRES GRUPOS

TIEMPO EMPLEADO

SUJETOS NO DESVALIDOS

SUJETOS DESVALIDOS	2'45 < 2'48	Signif. al
	2'45 > 2'16	10% n.c.

SUJETOS LEVES	2'38 < 2'48	Signif. al
	2'38 > 2'16	10% n.c.

Nº DE ACIERTOS

SUJETOS NO DESVALIDOS

SUJETOS DESVALIDOS	2'93 < 3'09	Signif. al
	2'93 > 2'48	5% n.c.

SUJETOS LEVES	4 > 3'09	Signif. al
		1% n.c.

CUADRO Nº 67

DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE SUJETOS "NORMALES" Y LOS DE SUJETOS DEPRESIVOS EN "TIEMPO EMPLEADO" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

		LEVES	MODERADOS
NO DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	20'57	18'86
	"t"	2'44	2'46
		Signif. al 5%	Signif. al 5%
DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	0'52	2'23
	"t"	0'01	0'21
		No Signif.	No Signif.
NORMALES GRUPO CONTROL (E)	Difer.		
	\bar{x}	7'37	1'28
	"t"	0'71	0'67
		No Signif.	No Signif.

CUADRO Nº 68

DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS Y "t" OBTENIDA EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE SUJETOS "NORMALES" Y LOS DE SUJETOS DEPRESIVOS EN "Nº DE ACIERTOS" EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

		LEVES	MODERADOS
NO DESVALIDOS	Difer.		
	\bar{x}	2'72	2'2
	"t"	3'78	2'82
		Signif. al 1%	Signif. al 1%
DESVALIDOS :	Difer.		
	\bar{x}	0'73	0'21
	"t"	1'35.	0'26
		No Signif.	No Signif.
NORMALES GRUPO CONTROL (E)	Difer.		
	\bar{x}	1'8	1'28
	"t"	1'93	1'27
		Signif. al 10%	No Signif.

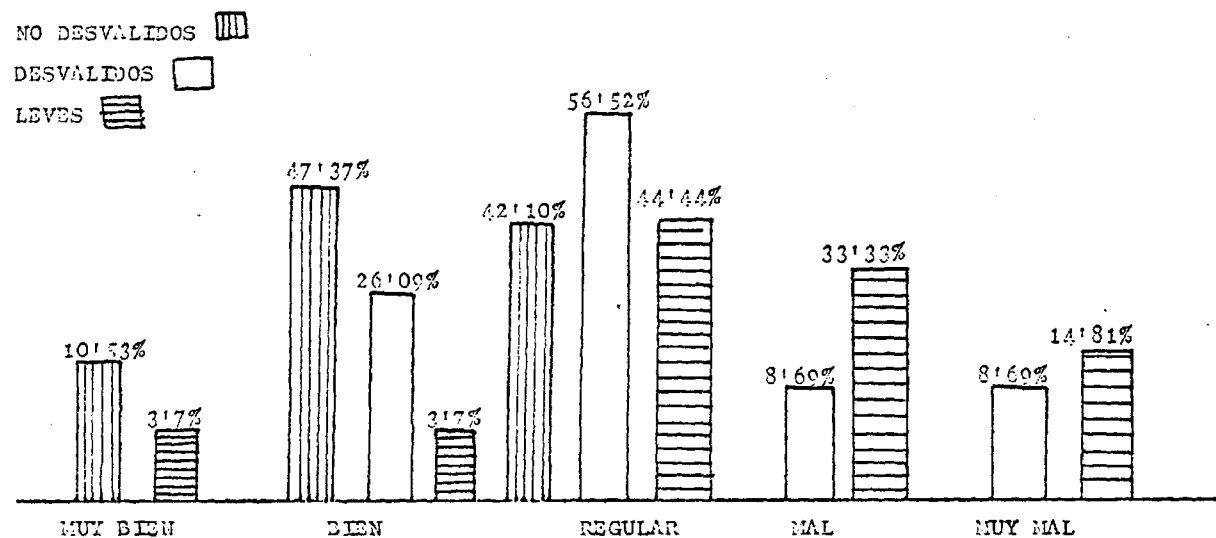
CUADRO N° 69

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST

GRUPO	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
NO DESVALIDOS	19	2 10'53%	9 47'37%	8 42'10%	-	-
DESVALIDOS	23	-	6 26'09%	13 56'52%	2 8'69%	2 8'69%
NORMALES GRUPO CONTROL (E)	12	-	3 25%	8 66'67%	1 8'33%	-
LEVES	27	1 3'7%	1 3'7%	12 44'44%	9 33'33%	4 14'81%
MODERADOS	9	1 1'11%	2 22'22%	3 33'33%	3 33'33%	-

CUADRO Nº 70

COMPARACION DE LOS DISTINTOS TANTOS POR CIENTO ENTRE NO DESVALIDOS, DESVALIDOS Y DEPRE
SIVOS LEVES EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



CUADRO Nº 71

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS "LEVES" EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST SEGUN EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

TIPO DE TAREA	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
A	5	-	-	3 60%	2 40%	-
B	4	-	-	1 25%	2 50%	1 25%
C	5	-	-	3 60%	2 40%	-
D	5	-	-	2 40%	2 40%	1 20%
GRUPO CONTROL (E)	8	1 12'5%	1 12'5%	3 37'5%	1 12'5%	2 25%
TOTAL	27	1 3'7%	1 3'7%	12 44'44%	9 33'33%	4 14'81%

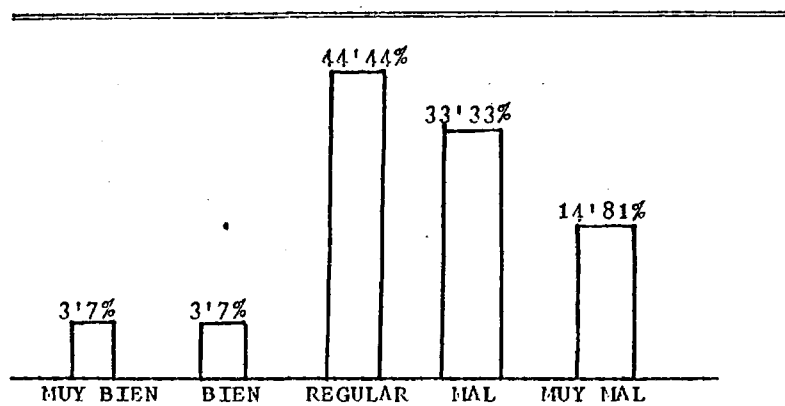
CUADRO Nº 72

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS "MODERADOS" EN LA PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST SEGUN EL TIPO DE TAREA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO;

TIPO DE TAREA	TOTAL SUJETOS	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
A	2	-	1	-	1	-
			50%		50%	
B	2	1	-	1	-	-
		50%		50%		
C	3	-	-	1	2	-
				33'33%	66'67%	
D	2	-	1	1	-	-
			50%	50%		
GRUPO CONTROL (E)	0	-	-	-	-	-
TOTAL	9	1	2	3	3	-
		1'11%	22'22%	33'33%	33'33%	

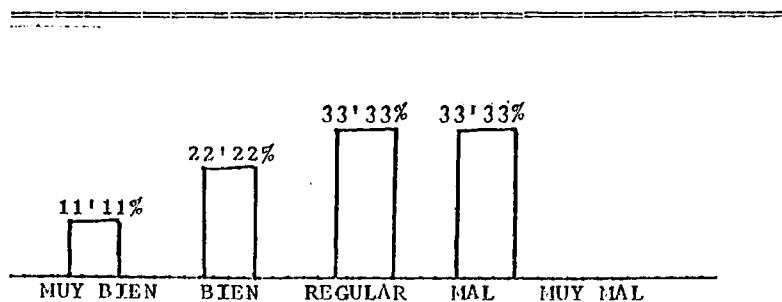
CUADRO Nº 73

TANTOS POR CIENTO TOTALES DE SUJETOS "LEVES" EN CADA UNA DE LAS ALTERNATIVAS DE PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



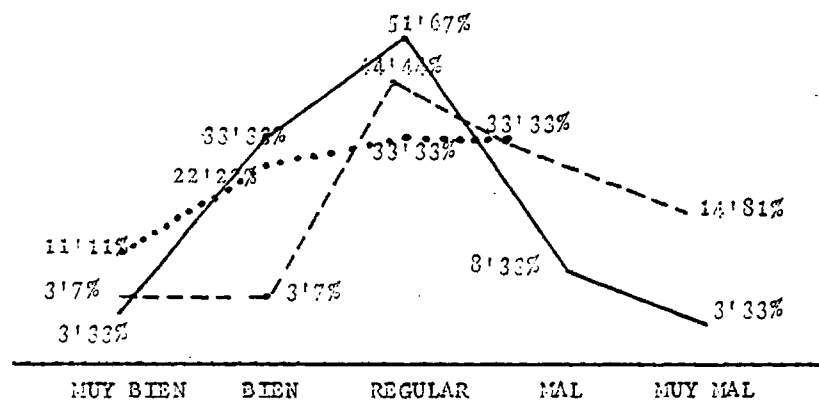
CUADRO Nº 74

TANTOS POR CIENTO TOTALES DE SUJETOS "MODERADOS" EN CADA UNA DE LAS ALTERNATIVAS DE PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



CUADRO N° 75

COMPARACIONES ENTRE LOS TANTOS POR CIENTOS DE LOS TRES GRUPOS DE DEPRESION EN PERCEPCION DEL RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST



Clave de los gráficos:

"NORMALES": Línea continua.

"LEVES": Línea discontinua.

"MODERADOS": Línea de puntos.

- Déficit de auto-estima.

- El 85'72% de los depresivos leves y el -- 100% de los depresivos moderados que fracasaron al finalizar la fase de tratamiento, lo atribuyeron a causas internas.

Recordemos que entre los normales "desvalidos" fue el 65'22% el que utilizó este tipo de atribución ante el fracaso.

- El 78'57% de los leves y el 100% de los moderados manifestó la creencia de que los compañeros experimentales lo habían hecho mejor que ellos.

Recordemos que esta misma creencia la manifestó el 52'17% de los "desvalidos".

- También el 78'57% de leves y el 100% de moderados expresó la creencia de que en el futuro los compañeros experimentales lo harían mejor que ellos.

Recordemos que el porcentaje de desvalidos en este sentido fue 60'87%.

- En cuanto a la percepción del éxito en la 1ª tanda de la fase de test, del 10'53% de sujetos leves que indicaron tener tal percepción, el 100% lo atribuyó a causas externas, y del 33'33% de sujetos moderados el 66'67% manifestó atribuciones de este tipo.

CUADRO Nº 76

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE HAN ATRIBUIDO SU FRACASO A CAUSAS EXTERNAS E INTERNAS EN EL CUESTIONARIO REALIZADO AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO

	N	CAUSAS EXTERNAS	CAUSAS INTERNAS	NO HAN HECHO ATRIBUCIONES
NORMALES DESVALIDOS	23	7 30'43%	15 65'22%	1 4'35%
LEVES	14	2 14'29%	12 85'71%	0
MODERADOS	6	0	6 100%	0

CUADRO Nº 77

NUNERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE PERCIBEN HABER FRACASADO AL FINALIZAR LA - FASE DE TRATAMIENTO Y CUMPLEN LOS PRINCIPALES REQUISITOS QUE INDICAN UN DEFICIT DE AUTO-ESTIMA

	DESVALIDOS Nº 23	LEVES Nº 14	MODERADOS Nº 6
ATRIBUCION CAUSAS INTERNAS	15 65'22%	12 85'72%	6 100%
CREENCIA OTROS LO HACEN MEJOR QUE ELLOS	12 52'17%	11 78'57%	6 100%
CREENCIA QUE EN EL FUTURO OTROS LO HARAN MEJOR QUE ELLOS	14 60'87%	11 78'57%	6 100%

CUADRO N° 78

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS EN EL PRONOSTICO DEL RENDIMIENTO PROPIO EN EL FUTURO EN COMPARACION CON EL DE LOS DEMAS

	NO DESVALIDOS N° 19	DESVALIDOS N° 23	LEVES N° 19	MODERADOS N° 9
CREENCIA				
OTROS LO	0	14	12	6
HARAN MEJOR		60'87%	63'16%	66'67%
CREENCIA				
OTROS LO	15	8	7	3
HARAN DE	78'95%	34'78%	36'84%	33'33%
FORMA SIMILAR				
CREENCIA				
OTROS LO	4	0	0	0
HARAN PEOR	21'05%			
NO HACEN PRONOSTICO	0	1 4'35%	0	0

CUADRO Nº 79

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS QUE PERCIBIERON SU RENDIMIENTO EN LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST COMO EXITOSO Y LO ATRIBUYERON A CAUSAS EXTERNAS

	TOTAL SUJETOS	TOTAL SUJETOS QUE PERCIBEN EXITO	ATRIBUCION DEL EXITO A CAUSAS EXTERNAS
NO DESVALIDOS	19	11 57'89%	2 18'18%
DESVALIDOS	23	8 34'78%	5 62'5%
NORMALES GRUPO CONTROL (E)	12	3 25%	0
LEVES sin grupo control	19	2 10'53%	2 100%
LEVES GRUPO CONTROL (E)	8	2 25%	1 50%
MODERADOS	9	3 33'33%	2 66'67%

CUADRO Nº 80

NUMERO DE VECES Y TANTO POR CIENTO EN QUE LOS SUJETOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS PERCIBIERON UN EXITO EN SU REN
DIMIENTO DURANTE LA FASE DE TRATAMIENTO, Y NUMERO DE -
VECES Y TANTO POR CIENTO EN QUE FUE ATRIBUIDO A CAUSAS
EXTERNAS

	NUMERO TOTAL DE OPORTUNI- DADES PERCEP- CION DEL REN- DIMIENTO	NUMERO DE VECES EXI- TO OBTENI- DO	NUMERO DE VE- CES ATRIBU- CION DEL EXI- TO A CAUSAS EXTERNAS
NO DESVALIDOS	57	39 68'42%	4 10'26%
DESVALIDOS	69	5 7'25%	2 40%
LEVES	57	15 26'32%	7 47'67%
MODERADOS	27	6 22'22%	3 50%
TOTAL DEPRESIVOS (Leves y moderados)	34	21 25%	10 47'62%

Recordemos que del 57'89% de sujetos "no desvalidos" que percibieron su rendimiento como exitoso, el 18'18% lo atribuyó a causas externas, y del 34'78% - de "desvalidos" el 62'5% hizo tales atribuciones.

- Al realizar la observación anterior en todas las oportunidades que tuvieron los sujetos durante la fase de tratamiento, encontramos que los leves percibieron un éxito el 26'32% de las veces que opinaron sobre su rendimiento, y lo atribuyeron a causas externas el 47'67% de las ocasiones. En este sentido, los moderados, del 25% de veces que percibieron un éxito, el 47'62% lo atribuyeron a causas externas.

Recordemos que los "no desvalidos" perciben un éxito el 68'42% de las veces, y lo atribuyen a causas externas el 10'26%, mientras que los "desvalidos" tienen tal percepción el 7'25% de las ocasiones y hacen atribuciones externas el 40% de las veces.

- Déficit emocional o afectivo.

- En el cuestionario de ansiedad completado al finalizar la fase de tratamiento, los moderados obtuvieron la media más alta, seguidos por los leves, - "desvalidos" y "no desvalidos".

Las pruebas de "t" indicaron diferencias significativas al 5% n.c. entre los "no desvalidos" y los tres restantes grupos. No se encontraron diferencias significativas desde un punto de vista estadístico.

co entre "desvalidos" y los grupos de depresivos. .

- En el cuestionario de depresión completa--do también al finalizar la fase de tratamiento, las me-
dias de los moderados fue de nuevo la más alta, y así-
mismo le siguieron por este orden las de los leves, -
"desvalidos" y "no desvalidos".

En esta ocasión, las diferencias entre "no -
desvalidos" y leves y aquéllos y moderados son estadís-
ticamente significativas al 1% n.c. ya que las "t" res-
pectivas 5'48 y 5'02 son mayores que 2'69 y 2'78 res--
pectivamente.

La diferencia encontrada entre "desvalidos" .
y leves es estadísticamente significativa al 10% n.c.
al ser la "t" 1'84 > 1'68.

Por último, también puede considerarse como
estadísticamente significativa al 1% n.c. la diferen--
cia entre "desvalidos" y moderados, debido a que la --
"t" 2'86 > 2'75.

- Estimación de la probabilidad de éxito y cambios
de expectativa al realizar dicha estimación.

- En los tres controles efectuados durante -
la fase de tratamiento, tanto leves como moderados con-
siguieron medias más elevadas que los "desvalidos", y
más bajas que los "no desvalidos" al estimar la proba-
bilidad de éxito.

CUADRO Nº 81

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
EN ANSIEDAD PERTURBADORA DEL RENDIMIENTO, ANTES, DURAN
TE Y AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS	LEVES	MODERADOS
ESCALA (A1)	\bar{x}	6'95	7'17	8'3	10'44
DEL HAE	σ	3'12	2'89	2'77	2'24
(antes)					
1er	\bar{x}	3'26	3'09	3'95	5'11
cuestionario	σ	2'18	1'9	1'68	3'3
CONTROL					
(durante)					
2º	\bar{x}	3	3'74	4'79	4'39
cuestionario	σ	2'62	2'05	1'68	2'98
CONTROL					
(durante)					
3er	\bar{x}	2'68	4'48	4'74	5'11
cuestionario	σ	2'21	2'59	3	3'02
CONTROL					
(al finalizar)					

CUADRO Nº 82

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO CONTROL DE ANSIEDAD
REALIZADO AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
NO DESVALIDOS		\bar{x}	
	Difer.		
DESVALIDOS	\bar{x}	1'8	
	"t"	2'28	-
		Signif. al 5%	
LEVES			
	Difer.		
	\bar{x}	2'06	0'26
	"t"	2'39	0'29
		Signif. al 5%	No Signif.
MODERADOS			
	Difer.		
	\bar{x}	2'43	0'63
	"t"	2'34	0'58
		Signif. al 5%	No Signif.

CUADRO Nº 83

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
EN DEPRESION, ANTES, DURANTE Y AL FINALIZAR LA FASE
DE TRATAMIENTO

		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS	LEVES	MODERADOS
BDI	\bar{x}	5	4	13'09	24'11
(antes)	σ	3'07	2'92	2'11	3'69
1er cuestionario	\bar{x}	1'11	1'83	4	5'67
CONTROL	σ	1'41	1'9	2'36	1'5
(durante)					
2º cuestionario	\bar{x}	1	1'87	3'74	5'44
CONTROL	σ	1'2	2'18	2'38	3'01
(durante)					
3er cuestionario	\bar{x}	1'05	2'52	4'1	5'67
CONTROL	σ	1'78	2'69	2'64	2'91
(al finalizar)					

CUADRO Nº 84

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS
Y "t" OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO CONTROL DE DEPRE--
SION REALIZADO AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO

	NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
Nº. DESVALIDOS	-	-
Difer.		
DESVALIDOS \bar{x}	1'47	-
"t"	1'96	
	Signif. al 10%	
Difer.		
LEVES \bar{x}	3'62	1'58
"t"	5'48	1'84
	Signif. al 1%	Signif. al 10%
Difer.		
MODERADOS \bar{x}	4'62	3'15
"t"	5'02	2'86
	Signif. al 1%	Signif. al 1%

CUADRO Nº 85

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS,
EN LA ESTIMACION DE LA PROBABILIDAD DE EXITO Y EN LOS
CAMBIOS DE EXPECTATIVA EN ESTE SENTIDO DURANTE LA FASE
DE TRATAMIENTO

ESTIMACION PROBABILIDAD (De 0 a 10)		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS LEVES MODERADOS	
1ª tanda	\bar{x}	4'45	2'89	3'62 3'12
	σ	1'73	1'59	1'94 2'01
2ª tanda	\bar{x}	4'92	2'7	3'92 3'63
	σ	2'02	1'98	2'55 2'62
3ª tanda	\bar{x}	5'46	2'31	3'81 3'04
	σ	1'95	1'81	1'74 1'42

CAMBIOS DE
EXPECTATIVA

1ª tanda	\bar{x}	1'25	1'28	1'03 1'04
	σ	7'43	9'53	5'48 0'77
2ª tanda	\bar{x}	0'59	0'66	0'79 0'67
	σ	4'56	7'34	2'25 0'84
3ª tanda	\bar{x}	0'52	0'76	0'73 0'47
	σ	4'71	9'13	6'07 0'39

CUADRO Nº 86

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS Y
"t" OBTENIDA EN LOS TRES CONTROLES DE LA FASE DE TRATA-
MIENTO EN LA ESTIMACION DE LA PROBABILIDAD DE EXITO

	TANDA	NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
DESVALIDOS	1 Difer.		
	\bar{x}	1'56	
	t	2'89	
		Signif. al 1%	
	2 Difer.		
	\bar{x}	2'22	
	t	3'42	
		Signif. al 1%	
	3 Difer.		
LEVES	\bar{x}	3'15	
	t	5'16	
		Signif. al 1%	
	1 Difer.		
	\bar{x}	0'83	0'73
	t	1'32	1'23
		No Signif.	No Signif.
	2 Difer.		
	\bar{x}	1	1'22
	t	1'23	1'67
		No Signif.	No Signif.
	3 Difer.		
	\bar{x}	1'65	1'5
	t	2'01	2'78
		Signif. al 5%	Signif. al 1%

TANDA		NO DESVALIDOS	DESVALIDOS
MODERADOS	1	Difer.	
		\bar{x}	0'23
		t	0'33
		Signif. al 10%	No Signif.
	2	Difer.	
		\bar{x}	0'93
		t	1'07
		No Signif.	No Signif.
	3	Difer.	
		\bar{x}	0'73
		t	0'91
		Signif. al 1%	No Signif.

La única diferencia estadísticamente significativa entre "no desvalidos" y leves es al 5% n.c. la encontrada en la 3ª tanda, ya que la " t " $2'04 > 2'02$. Entre "no desvalidos" y moderados son significativas - desde un punto de vista estadístico las existentes en la 1ª y 3ª tanda, al 10% y 1% n.c. respectivamente, al ser en el primer caso la " t " $1'75 > 1'71$ y en el segundo $2'78 = 2'78$.

La diferencia hallada entre leves y "desvalidos" en la 3ª tanda es estadísticamente significativa al 1%, debido a que la " t " $2'78 > 2'68$.

- En cuanto a los cambios de expectativa al realizar las estimaciones, tal y como ya hemos comentado anteriormente, y como puede observarse en el cuadro correspondiente, las diferencias son tan mínimas que - no hemos creído necesario utilizar ninguna prueba estadística para comprobar que no son significativas.

- Atribuciones ante el fracaso.

- Al finalizar la fase de tratamiento atribuyen su fracaso a causas internas el 65'22% de los "desvalidos", el 35'72% de los leves y el 100% de los moderados, mientras que lo hacen a causas externas, el 30'43%, el 14'28% y el 0% respectivamente.

Asimismo atribuyen su fracaso a causas estables el 43'18% de los "desvalidos", el 71'43% de los leves, y el 66'67% de los moderados, mientras que son

el 52'17%, el 28'57% y el 33'33% respectivamente los - que lo hacen a causas inestables.

Por último, el 17'39% de los "desvalidos", - el 71'43% de los leves, y el 83'33% de los moderados - atribuyen su fracaso a causas globales, mientras que a causas específicas lo hacen el 78'26%, el 28'57% y el 16'67% respectivamente.

- Al finalizar la primera tanda de la fase - de test, atribuyen su fracaso a causas internas el - - 79'17% de los "desvalidos", el 72'73% de los leves, y el 100% de los moderados. A causas externas el 20,83% de los primeros y el 27'27% de los segundos.

Atribuyen su fracaso a causas estables el -- 54'17% de los "desvalidos", el 81'82% de los leves, y el 50% de los moderados, mientras que a causas inestables lo hacen el 45'83% el 18'18% y el 50% respectivamente.

Finalmente, el 25% de los "desvalidos", el - 54'55% de los leves, y el 66'67% de los moderados atribuye su fracaso a causas globales, mientras que el 75%, el 45'45% y el 33'33% respectivamente lo hacen a causas específicas.

CUADRO Nº 87

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS Y DEPRESIVOS LEVES Y MODERADOS QUE ATRIBUYEN SU FRACASO AL FINALIZAR LA FASE DE TRATAMIENTO A LAS DISTINTAS CATEGORIAS ESTABLECIDAS EN LA REFORMULACION DEL MODELO

	NORMALES DESVALIDOS	DEPRESIVOS LEVES CON FRACASO	DEPRESIVOS MODERADOS CON FRACASO
TOTAL SUJETOS	23	14	6
NO HACEN ATRIBUCIONES	1 4'35%	-	-
CAUSAS INTERNAS	15 65'22%	12 85'72%	6 100%
CAUSAS EXTERNAS	7 30'43%	2 14'28%	-
CAUSAS INESTABLES	12 52'17%	4 28'57%	2 33'33%
CAUSAS ESTABLES	10 43'48%	10 71'43%	4 66'67%
CAUSAS ESPECIFICAS	18 78'26%	4 28'57%	1 16'67%
CAUSAS GLOBALES	4 17'39%	10 71'43%	5 83'33%

CUADRO Nº 88

NUMERO Y TANTO POR CIENTO DE SUJETOS DESVALIDOS TRAS LA 1ª TANDA DE LA FASE DE TEST, DEPRESIVOS LEVES Y MODERADOS QUE ATRIBUYEN SU FRACASO EN DICHA SERIE A LAS DISTINTAS CATEGORIAS ESTABLECIDAS EN LA REFORMULACION DEL MODELO

	NORMALES DESVALIDOS	DEPRESIVOS LEVES CON FRACASO	DEPRESIVOS MODERADOS CON FRACASO
TOTAL SUJETOS	24	22	6
CAUSAS EXTERNAS	5 20'83%	6 27'27%	-
CAUSAS INTERNAS	19 79'17%	16 72'73%	6 100%
CAUSAS INESTABLES	11 45'83%	4 18'18%	3 50%
CAUSAS ESTABLES	13 54'17%	18 81'82%	3 50%
CAUSAS EXPECIFICAS	18 75%	10 45'45%	2 33'33%
CAUSAS GLOBALES	6 25%	12 54'55%	4 66'67%

ANALISIS CORRELACIONAL.

- No existen correlaciones estadísticamente significativas entre el grupo de depresión y el tipo de tarea con las variables correspondientes al rendimiento en las dos tandas de la fase de test, y en el dibujo de los diez errores.

- En lo que respecta al rendimiento en la 1ª tarea de la fase de test, destacaremos a continuación las correlaciones estadísticamente significativas que nos parecen más interesantes.

- Correlacionan positivamente con el tiempo empleado en la 1ª tanda de la fase de test - las siguientes variables:
 - . Cuestionario control de depresión al finalizar la 1ª tanda de la fase de test (5%).

 - . Tiempo empleado en la 2ª tanda de la fase de test (1%).

 - . Dificultades importantes (5%).

- Correlacionan negativamente con la misma -
variable del apartado anterior:

. Nº aciertos en la misma tanda (1%).

. Nº aciertos en la 2ª tanda de la misma
fase (5%).

- Correlacionan con el nº de aciertos en la
1ª tanda de la fase de test positivamente el
nº de aciertos en la 2ª tanda de la misma fa
se (1%) y negativamente las siguientes varia
bles:

. 2º Cuestionario control de depresión
en la fase de tratamiento (5%).

. 3er Cuestionario control de depresión
en la fase de tratamiento (5%).

. Cuestionario control de ansiedad al -
finalizar la 1ª tanda de la fase de
test (5%).

. Cuestionario control de depresión al
finalizar la 1ª tanda de la fase de
test (1%).

. Acontecimientos graves (5%).

. Dificultades importantes (5%).

. Motivación negativa (5%).

- Otras correlaciones estadísticamente significativas que parecen interesantes son las que exponemos a continuación:

- Al 1% n.c. las correlaciones positivas entre las puntuaciones de los cuestionarios -- control de ansiedad y depresión, en cada una de las cinco mediciones realizadas.

- En todos los casos correlaciones negativas al 1% n.c. entre la estimación de la probabilidad de éxito, y la puntuación en los cuestionarios control de ansiedad anterior y posterior a la estimación correspondiente.

- Todas las correlaciones estadísticamente significativas pueden encontrarse en el cuadro -- correspondiente.

CODIGOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS
CORRELACIONAL DEL EXPERIMENTO 2

1. NIVEL o GRUPO DE DEPRESION.
 - Normales: 1
 - Leves: 2
 - Moderados: 3
2. TIPO DE TAREA durante la FASE DE TRATAMIENTO.
 - Grupo A: 1
 - Grupo B: 2
 - Grupo C: 3
 - Grupo D: 4
3. Media de expectativas al estimar la probabilidad de éxito en la 1ª tanda de la fase de tratamiento.
4. Media en cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito en la 1ª tanda de la fase de tratamiento.
5. 1er cuestionario-control de ansiedad.
6. 1er cuestionario control de depresión.
7. Media de expectativas al estimar la probabilidad de éxito en la 2ª tanda de la fase de tratamiento.
8. Media en cambio de expectativa al estimar la probabilidad de éxito en la 2ª tanda de la fase de tratamiento.
9. 2ª cuestionario-control de ansiedad.
10. 2ª cuestionario-control de depresión.
11. Media de expectativas al estimar la probabilidad de éxito en la 3ª tanda de la fase de tratamiento.

12. Media en cambio de expectativa al estimar la probabilidad de éxito en la 3ª tanda de la fase de tratamiento.
13. 3er cuestionario-control de ansiedad.
14. 3er cuestionario-control de depresión.
15. Tiempo empleado en la 1ª tanda de la fase de test.
16. Aciertos en la 1ª tanda de la fase de test.
17. 4º cuestionario-control de ansiedad.
18. 4º cuestionario-control de depresión.
19. Aciertos en el dibujo de los diez errores.
20. Tiempo empleado en la 2ª tanda de la fase de test.
21. Aciertos en la 2ª tanda de la fase de test.
22. 5º cuestionario-control de ansiedad.
23. 5º cuestionario-control de depresión.
24. Sexo.
25. Edad.
26. Acontecimientos graves.
27. Dificultades importantes.
28. Factores que crean vulnerabilidad.
29. BDI (Puntuación en Depresión).
30. Asertividad positiva.
31. Asertividad negativa.
32. Motivación positiva.
33. Motivación negativa.
34. Ansiedad facilitadora.
35. Ansiedad perturbadora.

CUADRO N°89

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DIFERENTES VARIABLES

NTTL	TITO DE	EXPECT.	EXPECT.	ANSIEDAD	NEPRES.	EXPECT.	EXPECT.	CONTROL	CONTROL
DEPRESSION	TAREA			CONTROL	CONTROL			ANSIEDAD	DEPRESSION
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	0'223xx	-0'206xx							
6	0'163xx			0'158xx					
7		-0'5869xx		-0'215xx					
8		0'225x				0'212x			
9	0'231x			0'777xx	0'316xx	-0'311xx	0'225x		
11		0'753xx		-0'208xx	-0'215x	0'902xx		-0'477xx	-0'287xx
12			0'345xx				0'110xx		
13		-0'268x		0'465xx	-0'400xx	-0'572xx		0'853xx	-0'466xx
14	0'153xx	-0'270x		0'157xx	0'708xx	-0'307xx		0'510xx	-0'856xx
16									-0'265x
17	0'202xx			0'615xx	0'303xx			0'262xx	0'513xx
18	0'559xx			0'320xx	0'711xx			0'261x	0'519xx
22	0'222x			0'511xx	0'325xx			0'500xx	0'621xx
23	0'137xx				0'313xx				0'535xx
26	0'222xx		-0'348x		0'262xx				0'382xx
27	0'126x								
29	0'018xx			0'319xx	0'679xx			0'275x	0'572xx
30				-0'22x				-0'23x	
31		-0'292xx		0'378xx	0'302xx	-0'300xx		0'369xx	
35	0'256xx			0'897xx	0'416xx			0'361xx	0'359xx

x: Significativas al 5% n.e.

xx: Significativas al 1% n.e.

423

EXTRACT.	EXPECT.	CONTROL	CONTROL	TIME	NO AC.	CONTROL	CONTROL	ACTERT.	TIME	NO AC.	CONTROL	CONTROL
		ANSTED.	DEFRES.	1* TAND.	1* TAND.	ANSTED.	DEFRES.	2* TAND.	2* TAND.		ANSTED.	DEFRES.
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
13 -0'525xx												
11 -0'127xx		0'215xx										
16			-0'232xx	-0'301xx								
17 -0'338xx		0'755xx	0'536xx		-0'271xx							
18 -0'221xx		-0'325xx	0'746xx	0'335xx	-0'360xx	0'550xx						
19		-0'223xx										
20				0'335xx	-0'323xx							
21				-0'326xx	0'405xx				-0'563xx			
22 -0'220xx		0'666xx	-0'510xx		-0'265xx	0'651xx	0'411xx					
23			0'511xx		-0'267xx		0'579xx				0'325xx	
26			0'310xx		-0'531xx		0'350xx					0'341xx
27			0'222xx	0'222xx	-0'222xx	0'510xx	0'251xx				0'305xx	0'232xx
29		-0'236xx				0'339xx	0'606xx				0'390xx	0'501xx
30 0'237xx		-0'553xx				-0'231xx						
31 -0'255xx		0'511xx	0'330xx			0'305xx	0'231xx				0'335xx	
32									0'225xx	0'210xx		
33				0'227xx	-0'233xx							
34	0'127xx											
35		0'313xx	0'401xx			0'327xx	0'353xx				0'361xx	0'311xx

AG	DI	BDI	A+	A-	M+	M-
16	27	29	30	31	32	33

27 0'373xx						
29 0'397xx	0'106xx					
31	0'316xx	-0'529xx				
33	0'230xx		-0'207xx			
34 -0'236xx			0'342xx	-0'371xx		
35	0'311xx	-0'293xx	0'302xx			

xxi Significativas al 5% n.s.

xxi Significativas al 1% n.s.

124

DISCUSION

Los resultados de las comparaciones realizadas entre las puntuaciones medias obtenidas por los distintos grupos en las pruebas generales actúan como un importante control experimental en las confrontaciones posteriores entre los mismos, y principalmente en las que tienen como protagonistas a "no desvalidos" y "desvalidos". Como hemos podido observar en el apartado correspondiente, las diferencias entre estos dos grupos en tales - - pruebas son mínimas, y en ningún caso estadísticamente significativas, lo que parece implicar que podemos concederle una mayor credibilidad a los datos hallados en las situaciones experimentales específicas.

Por otro lado, los resultados de los análisis de - varianza 2 x 5 indicando que el tipo de tarea realizado en la fase de tratamiento no influye en el rendimiento de la fase de test, parecen confirmar los afgumentos expuestos en la introducción del experimento cuando apuntábamos que en pruebas con una fase previa compuesta - por numerosas situaciones frustrantes, y/o que no estuviesen muy controladas al ser su aplicación colectiva y elevado el número de sujetos, éstos podrían percibir - una falta de control aún cuando desarrollasen tareas - que teóricamente no fueron confeccionadas con tal fin.

Así pues, los datos obtenidos en estos análisis de varianza constituyen un apoyo en este sentido como tam-

bién el hecho de que sí existan diferencias en rendimiento y en otras variables consideradas como síntomas del desvalimiento entre "no desvalidos" y "desvalidos", teniendo en cuenta la clasificación que en su momento hicimos independientemente del tipo de tarea.

El análisis de los datos encontrados en las comparaciones que se refieren a los déficits motivacionales y cognitivos, supone en cierto modo una confirmación de éstos como síntomas del "learned helplessness", toda vez que los sujetos clasificados como "no desvalidos" presentaron un rendimiento significativamente superior al de los "desvalidos".

Asimismo, y continuando con los datos anteriores, podemos observar cómo los sujetos "no desvalidos" obtuvieron un rendimiento significativamente superior al de los depresivos leves y moderados, no encontrándose diferencias entre el rendimiento de éstos dos grupos y el de los "desvalidos". Estos resultados parecen sugerir la existencia de los déficits motivacionales y cognitivos, tanto en el desvalimiento aprendido como en la alteración depresiva, lo que supone una similitud entre los síntomas de ambos que apoya la teoría consistente en que el "learned helplessness" es un modelo de depresión.

El rendimiento del grupo control de sujetos normales aparece en una posición intermedia entre el de los "no desvalidos" y los restantes grupos, lo que podría explicarse teniendo en cuenta que carecieron de la experiencia positiva de aquéllos, y al mismo tiempo no percibieron una falta de control como éstos.

En cuanto a la percepción del propio rendimiento, también se cumplen las hipótesis planteadas. La incontrolabilidad sobre los eventos, percibida por los sujetos, contribuye a que éstos tiendan a percibir su rendimiento como bajo en tareas posteriores, si bien es verdad que estos resultados deberían corroborarse en nuevas investigaciones en que el éxito real entre "no desvalidos" y "desvalidos" fuese similar, y se pudiese aislar la variable de percepción del rendimiento.

Esta tendencia a percibir el propio rendimiento como bajo, la vemos muy acentuada en los sujetos depresivos cuyos porcentajes en este sentido hablan por sí solos siendo el obtenido por los "desvalidos" una simple aproximación, que de todas formas nos sugiere de nuevo una cierta similitud entre desvalimiento y depresión.

Las hipótesis que se refieren al déficit de autoestima parecen también confirmarse. En primer lugar, podemos observar una marcada tendencia de los sujetos desva

lidos a atribuir su fracaso a causas internas, creer -- que los compañeros experimentales han realizado las tareas correspondientes mejor que ellos, y pensar que esto mismo sucederá en futuras ocasiones. Esta tendencia es mucho más acusada en los sujetos depresivos leves, y todavía más en los moderados, lo que parece indicar, tal y como postulamos en la introducción del experimento, -- que los eventos sobre los que los sujetos desvalidos no tienen control en la situación experimental, carecen de la importancia suficiente como para provocar un déficit de auto-estima con una intensidad equiparable al de los sujetos depresivos. No obstante, la tendencia anteriormente comentada, y reflejada en los resultados, sugiere aunque en un menor grado, la existencia de este déficit en los desvalidos.

La comparación entre "no desvalidos" y "desvalidos" en cuanto a la creencia de que los compañeros experimentales desarrollarán en el futuro las tareas correspondientes mejor que ellos, corrobora los argumentos anteriores, ya que ningún sujeto de los primeros manifestó creer de esta forma.

Otros resultados que apoyan tales planteamientos, son los que se refieren a la percepción del éxito, y a la atribución de éste a causas externas. En las dos comparaciones efectuadas, --1ª tanda de la fase de test, y en todos los cuestionarios control de la fase de tratamiento-- los sujetos "no desvalidos" percibieron el éxito en un porcentaje muy superior al de los "desvalidos"

y depresivos, y en estas ocasiones, el porcentaje en que aquéllos lo atribuyeron a causas externas, es muy inferior al de éstos. En ambos casos, los porcentajes obtenidos por los "desvalidos", son similares a los alcanzados por los depresivos, lo que unido a las consideraciones anteriores podría significar que el déficit de autoestima aparece como un síntoma del "learned helplessness" y de la depresión.

Por lo que respecta al déficit emocional o afectivo, las diferencias existentes entre "no desvalidos" y los restantes grupos, y la similitud entre las puntuaciones de éstos en el cuestionario control de ansiedad completado inmediatamente después de haber finalizado la fase de tratamiento, parecen apoyar la existencia de otro punto de coincidencia entre el desvalimiento aprendido y los trastornos depresivos.

En los cuestionarios control de depresión, los datos no son tan contundentes como en el de ansiedad, tal y como podía suponerse, teniendo en cuenta las mismas razones expuestas al comentar el déficit de autoestima. Es decir, las consecuencias sobre las que los sujetos desvalidos pierden el control, no tienen la suficiente importancia, como para provocar que éstos alcancen puntuaciones similares a las de los depresivos en un cuestionario de depresión.

No obstante, el hecho de que los "desvalidos" tengan una media superior a la de los "no desvalidos" en el cuestionario realizado al finalizar la fase de tratamiento, y que la diferencia entre ambos grupos sea estadísticamente significativa al 10% n.c. cuando en el BDI completado antes de iniciarse esta fase, eran los "no desvalidos" los que puntuaban más alto, parece sugerir que efectivamente existe un déficit emocional o afectivo como síntoma del "learned helplessness".

La relación entre el déficit de auto-estima, y el emocional o afectivo, parece confirmada por los resultados encontrados en este sentido, a pesar de que en el cuestionario de depresión la diferencia entre aquellos a que atribuyeron su fracaso a causas internas y aquellos otros que lo hicieron a causas externas, no es estadísticamente significativa.

Las hipótesis que mantenían que tanto los sujetos "desvalidos" como los depresivos presentan menos cambios en sus expectativas al estimar la probabilidad de éxito que los "no desvalidos", deben ser rechazadas, ya que las diferencias encontradas apenas son perceptibles.

Por otro lado, aquella que sostenía que estos cambios de expectativa dependen de la dimensión atribucional de estabilidad puede ser confirmada parcialmente y con ciertas reservas, ya que en los dos análisis efectuados, aquellos sujetos que atribuyeron su fracaso a causas estables mostraron menos cambios que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables, si bien las diferencias halladas sólo resultaron ser estadísticamente significativas al 10% n.c. en uno de los casos.

Los resultados hallados al estimar la probabilidad de éxito, parecen apuntar que debe ser tomada en cuenta nuestra propuesta consistente en que una falta de control sobre los eventos implica una estimación más baja en tareas posteriores.

Así, los sujetos "desvalidos" emitieron pronósticos más bajos que los "no desvalidos" en los tres controles efectuados, siendo las diferencias altamente significativas. Del mismo modo depresivos leves y moderados pronosticaron por debajo de los "no desvalidos", si bien las diferencias fueron menores.

Aunque las estimaciones de los "desvalidos" son las más bajas e incluso la diferencia entre éstos y los leves es en una ocasión significativa al 1% parece que en este punto volvemos a encontrar una cierta similitud entre desvalidamiento aprendido y depresión.

En cuanto a las diferencias en el rendimiento entre "desvalidos" personales y universales, podemos observar cómo aquéllos rindieron por encima de éstos, y sin embargo, ninguna de las diferencias puede considerarse como significativa. Pensamos que para confirmar o rechazar este punto, será necesario realizar nuevas comparaciones con una muestra mayor, en cuyo caso pronosticamos que los datos obtenidos ahora, probablemente tendrán un respaldo estadístico que les conceda la fiabilidad de que carecen en este momento.

La teoría que se refiere a la cronicidad del desvalimiento como dependiente de la dimensión atribucional estable-inestable, parece encontrar un cierto apoyo en nuestros resultados.

Por un lado, en las dos comparaciones realizadas, aquellos sujetos que atribuyeron su fracaso a causas estables, manifestaron un rendimiento más bajo en tareas posteriores que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables. Sin embargo, estas diferencias son sólo estadísticamente significativas en uno de los cuatro ca--

sos, lo que evidentemente resta validez a los datos.

Por otro lado, un apoyo que parece consistente son los porcentajes obtenidos en la percepción del rendimiento posterior, que muestran claramente cómo "los de atribución estables" consideran el suyo en una medida inferior que "los de atribución inestable".

En cuanto a la hipótesis que sostiene que la generalización del "learned helplessness" depende de la dimensión atribucional global-específica, a la vista de los resultados debe ser rechazada, aunque pensamos que las circunstancias experimentales en que hemos trabajado no son las más idóneas para poder confirmar o negar esta teoría. Parece claro que los eventos sobre los que los sujetos experimentan una falta de control, carecen de la importancia suficiente como para que éstos hagan atribuciones globales ante el fracaso, y generalicen los déficits a otras situaciones. El simple hecho de que únicamente hayan sido seis los sujetos que emitieron este tipo de atribución, ya dificulta por sí solo la comparación con los que en un número tres veces mayor atribuyeron su fracaso a causas específicas.

Los datos indican que tal y como apuntábamos en un principio, los depresivos atribuyen sus fracasos a causas internas, globales y estables en un alto porcentaje.

En este sentido, también los "desvalidos" alcanzaron porcentajes considerables en atribuciones internas y estables, pero no en globales, lo que puede explicarse - con el razonamiento expuesto en el apartado anterior al comentar la generalización del desvalimiento.

De forma similar a otras comparaciones, los porcentajes de los depresivos son más elevados que los de los "desvalidos", hecho éste que vuelve a parecernos lógico debido a la superficialidad de la prueba utilizada para provocar la falta de control.

Finalmente, la última de las hipótesis planteadas, que se refiere a las circunstancias sociales facilitadoras de la depresión parece quedar parcialmente confirmada.

En primer lugar, en lo que respecta a los acontecimientos graves, los depresivos consiguieron medias más altas y las diferencias entre éstos y ambos grupos de sujetos normales son estadísticamente significativas.

En segundo lugar, sucede lo mismo con las dificultades importantes, pero aquí las diferencias únicamente son significativas entre normales y leves, y además al 10% n.c.

Por último, las diferencias en factores que crean vulnerabilidad no merecen ser consideradas.

Estos resultados, unidos a que no existen diferencias significativas en ninguno de los tres puntos entre "no desvalidos" y "desvalidos", sugieren que en este apartado no se encuentran similitudes entre el "learned helplessness" y la depresión.

Resumiendo el alcance de los resultados, parece - que hemos hallado numerosos datos que con las limitaciones correspondientes sirven para confirmar el modelo - del desvalimiento aprendido. Asimismo, y también con las mismas limitaciones parece que hemos encontrado similitudes suficientes entre éste y los trastornos depresivos, como para apoyar en cierto modo la teoría que sostiene que el "learned helplessness" es un modelo de depresión.

En el próximo experimento trabajaremos únicamente en el tema de los déficits motivacionales y cognitivos, por considerarlo como el que en nuestras circunstancias

tiene una mayor facilidad para ser medido.

Cambiaremos el contexto experimental, utilizando - una muestra más reducida y pruebas de aplicación indivi dual, y así, en un marco diferente volveremos a plantear, aunque sólo en los déficits comentados, si éstos pueden realmente considerarse como propios del desvalimiento-- aprendido y de la depresión, y por lo tanto, si existe una similitud entre ambos en este sentido que sugiera que el "learned helplessness" es un modelo de los trastornos depresivos.

NOTAS

BECK, A.T. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". Archiv of General Psychiatry, 4, 53-63.

BECK, A.T. (1967). "Depression: Causes and Treatment". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1978). "Depression Inventory". Philadelphia: Center of Cognitive Therapy.

CONDE, V., ESTEBAN, T. y USEROS, E. (1976). "Revisión Crítica de la Adaptación Castellana del Cuestionario de Beck". Revista de Psicología General y Aplicada. vol. XXXI, nº 14.

PELECHANO, V. (1975). "Cuestionario MAE (Motivación y Ansiedad de Ejecución)". Praser Española, S.A.

434

CAPITULO 12

EXPERIMENTO Nº 13

INTRODUCCION E HIPOTESIS ESPECIFICAS

Una vez finalizado el experimento nº 2, decidimos realizar otro más reducido, pero con un mayor control experimental, que complementase nuestro estudio.

De esta forma, elaboramos este experimento nº 3 - cuya principal característica en contraste con los anteriores será la aplicación individual de las pruebas que lo componen.

Afrontaremos el trabajo dividiéndolo en dos partes (A y B) que representarán situaciones experimentales diferentes, y la confrontación final de los resultados que se obtengan en ambas, servirá para confirmar o rechazar la hipótesis principal.

La parte "A", tendrá como objetivo medir el rendimiento de sujetos normales, leves y moderados en una prueba individual que describiremos en el apartado correspondiente.

Nuestro propósito será comprobar si existen diferencias en el rendimiento en una tarea de aprendizaje de modelos, en función del grupo de depresión, por lo que prescindiremos en esta ocasión de la fase de tratamiento, y las pruebas serán las mismas para todos los sujetos.

El rendimiento será valorado teniendo en cuenta - el número de modelos aprendidos, el tiempo empleado y el número de intentos utilizados.

Las hipótesis concretas de esta parte A, serán las siguientes:

1. Los depresivos moderados aprenderán menos modelos que los leves y los normales, y éstos - más que los leves.
2. Los depresivos moderados emplearán más tiempo que los leves y los normales, y éstos menos que los leves.
3. Los depresivos moderados utilizarán un mayor - número de intentos que los leves y los normales, y éstos un menor número que los leves.

En la parte "B", trabajaremos únicamente con sujetos normales y leves, y al igual que en experimentos - anteriores plantearemos una fase de tratamiento y otra de test.

En la primera, dividiremos a la muestra en dos - grupos, y someteremos a cada uno de ellos a distintas experiencias. El objetivo de éstas será en unos casos provocar una falta de control sobre los eventos, y en otros provocar o fortalecer el control sobre los mismos.

Posteriormente, en la fase de test, todos los sujetos realizarán la misma prueba, consistente en una tarea de aprendizaje de un modelo, y compararemos el rendimiento de ambos grupos en la misma. Este rendimiento será medido teniendo en cuenta si se aprende o no el modelo en cuestión, el tiempo empleado y el número de intentos utilizados.

Como punto final y como complemento añadiremos el dibujo de los diez errores del experimento anterior -- con el fin de observar si se generalizan los déficits motivacionales y cognitivos del desvalimiento.

Las hipótesis concretas de esta parte B serán las siguientes:

1. Los sujetos normales sometidos a la prueba de control durante la fase de tratamiento, aprenderán en mayor medida el modelo de la fase de test, emplearán menos tiempo y utilizarán menos intentos que los pertenecientes a los restantes grupos.
2. Los depresivos leves sometidos a ambos tipos de prueba durante la fase de tratamiento, y los sujetos normales expuestos a la prueba de falta de control durante dicha fase, obtendrán resultados similares en el aprendizaje del modelo de la fase de test, en el tiempo empleado, y en el número de intentos utilizado.

No haremos ninguna hipótesis respecto a los resultados en la prueba del dibujo de los diez errores.

Aquellos sujetos experimentales de esta parte B - que no logren aprender el modelo, realizarán de nuevo las pruebas. En esta ocasión, todos serán expuestos durante la fase de tratamiento a la prueba para provocar o fortalecer el control sobre los eventos, y posteriormente se enfrentarán en la fase de test con un modelo similar al de la primera ocasión. Nuestra hipótesis en este sentido será la siguiente:

3. La mayor parte de los sujetos que no lograron aprender el modelo en la primera ocasión, sometidos ahora durante la fase de tratamiento a la prueba de control, aprenderán el modelo de la fase de test.

Por último, en caso de ser necesario se volverán a realizar las pruebas en la forma explicada anteriormente, con aquellos sujetos que en esta segunda oportunidad tampoco consigan aprender el modelo.

Así pues, y refiriéndonos ahora al experimento en conjunto, nos limitaremos a actuar en el campo de los déficits motivacionales y cognitivos, y en la simple confrontación de los resultados de ambas partes intentaremos comprobar o rechazar la siguiente hipótesis específica:

1. Tanto la depresión en la parte A, como el desvalimiento aprendido en la parte B, producen déficits motivacionales y cognitivos que se manifiestan en el rendimiento en las tareas correspondientes.

142

P A R T E A

METODO

1. PRUEBA ESPECIFICA UTILIZADA

Elaboramos esta prueba con el fin de determinar el tiempo y el número de intentos que necesita un sujeto para aprender una sucesión de palabras.

La prueba se aplica individualmente y en ella el experimentador dice al sujeto que tiene escritos en el papel cuatro modelos distintos de sucesiones de las palabras "PAR" e "IMPAR", no teniendo estos términos nada que ver con sus respectivos significados.

El sujeto debe aprender mentalmente cada uno de estos modelos sin poder utilizar para ello ningún instrumento que le sirva de ayuda, como podrían ser un papel y un bolígrafo o contar con los dedos.

El procedimiento consiste en que el sujeto se refiere en primer lugar a la primera palabra de la serie del primer modelo, pronosticando si es la palabra "PAR" o la palabra "IMPAR" la que está escrita. A continuación, el experimentador contesta "SI" o "NO" según haya o no acertado y entonces el sujeto pasa a referirse a la segunda palabra y así sucesivamente.

Como puede observarse mediante la contestación afirmativa o negativa del experimentador, el sujeto siempre conoce cuál era realmente la palabra que había escrita y de esta forma puede ir haciendo las combinaciones necesarias para llegar a aprender el modelo.

Cuando el sujeto ya conoce o cree que conoce cuál es la sucesión del modelo, no debe decírselo al experimentador, sino que debe demostrarlo mediante sus res-puestas correctas.

De forma paralela, inmediatamente antes de cada -- intento, el sujeto debe estimar las probabilidades que tiene de acertar ese intento concreto indicando un valor entre 0 y 10 puntos, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo de probabilidades.

Para evitar que el azar determine que en cada modelo el sujeto tenga una primera experiencia de éxito o fracaso, pensamos que sería conveniente que la primera contestación fuese la misma para todos ellos. Por -- este motivo, el experimentador tendrá en su hoja de -- respuestas dos alternativas para cada modelo, y su primera contestación será siempre NO, eligiendo a conti--nuación como consecuencia de esta negativa, la opción correspondiente. En términos más operativos diremos -- que una de las dos alternativas comienza con la palabra "PAR", y la otra con la palabra "IMPAR". Si el sujeto pronostica que la primera palabra es "PAR", le -- contestaremos que NO, lo cual implica que la palabra -- era "IMPAR", y por lo tanto, utilizaremos la serie que comienza por "IMPAR". Por el contrario, si el sujeto -- pronostica que la primera palabra es "IMPAR", le responderemos con una negativa y haremos uso de la serie encabezada por la palabra "PAR" . A partir de aquí se seguirá fielmente la serie elegida, informando verazmen--

te al sujeto sobre su acierto o error.

Veamos ahora un pequeño ejemplo práctico. En primer lugar, las dos alternativas que el experimentador tiene en sus hojas de respuesta son las siguientes:

PAR	IMPAR
IMPAR	PAR
PAR	IMPAR
IMPAR	PAR
PAR	IMPAR
IMPAR	PAR
PAR	IMPAR
IMPAR	PAR
etc	etc

A continuación da comienzo la prueba calculando el sujeto experimental la probabilidad que tiene de acertar en el primer intento y posteriormente pronosticando si la primera palabra es "PAR" o "IMPAR".

SUJETO; 5 (se refiere a la probabilidad)

SUJETO; PAR (Pronóstico)

EXPERIMENTADOR; NO

En este momento, el experimentador elige automáticamente la alternativa que se encuentra más a la derecha, ya que si la primera palabra no es PAR, quiere decir que es IMPAR.

La prueba continúa siguiendo el experimentador el orden de la alternativa elegida, limitándose a partir de ahora a informar al sujeto si realmente ha acertado o no.

SUJETO; 4 (probabilidad)

SUJETO; IMPAR (pronóstico)

EXPERIMENTADOR; NO (como se puede observar, la segunda palabra de la serie elegida es PAR)

SUJETO; 4

SUJETO; IMPAR

EXPERIMENTADOR; SI (la tercera palabra, efectivamente, es IMPAR)

Hemos intentado que los cuatro modelos que componen la prueba vayan aumentando gradualmente de dificultad, y pueden encontrarse en el apéndice de este trabajo.

La prueba comienza en el momento en que al sujeto se le da la señal y finaliza cuando ha aprendido el modelo, punto éste que se determina de la siguiente forma:

- MODELO nº1

El sujeto debe acertar la sucesión tres veces consecutivas.

- MODELOS nºs 2 y 3

El sujeto debe acertar la sucesión completa dos veces consecutivas y la primera palabra que viene a continuación.

- MODELO nº4

El sujeto debe acertar la sucesión completa una sola vez y la primera palabra que viene a continuación.

El número máximo de intentos permitidos es de 40 para cada uno de los modelos y el tiempo máximo de 5 minutos a contar desde el momento en que se da la señal para comenzar. Estas limitaciones no las conoce el sujeto antes de comenzar la prueba, ya que únicamente se le comenta que se toma el tiempo pero como dato meramente informativo, y que, por lo tanto tiene el que necesite. En caso de que se agoten los cuarenta intentos o los cinco minutos, se le dice "Bien, vamos a cambiar de modelo", pero sin explicarle que se debe a que ha agotado el nº de intentos o el tiempo de que disponía.

Cuando el sujeto cumple los requisitos anteriormente expuestos, que implican un aprendizaje de la sucesión correspondiente, se para el cronómetro y se anota, por un lado, que ha aprendido el modelo, por otro, el tiempo que ha invertido en ello, y, por último, el número de intentos que ha necesitado. En caso de que una persona cumpla los cinco minutos de tiempo

máximo sin haber conseguido el éxito, se anotará que no ha aprendido, que ha invertido cinco minutos y finalmente el nº de intentos que llevase en ese momento. De forma similar, si consume los cuarenta intentos - sin haber aprendido el modelo, además de esto último se le anotarán los cuarenta intentos y el tiempo que no hubiese utilizado hasta ese momento.

2. SELECCION DE LA MUESTRA

En el caso de los depresivos "moderados" pedimos - personalmente una nueva colaboración a aquellos que - fueron incluidos en este grupo en el experimento nº 2, diciéndoles que sus resultados en las pruebas anteriores resultaban interesantes para la investigación, si bien todavía no se les podía revelar por qué razón, y que sería importante para la misma realizar una nueva prueba distinta y con carácter individual. Los nueve - aceptaron sin ningún tipo de objeción, y quedamos citados con cada uno de ellos en días y horas concretos.

Dado que teníamos nueve sujetos "moderados", optamos por que participasen en la prueba el mismo número de "normales" y "leves", haciéndose la selección de estos dieciocho de forma similar a la utilizada en el - experimento nº1.

Por medio de diversos contactos se pidieron entre estudiantes universitarios, voluntarios para una prue-

ba cuyo procedimiento y fines no podían ser explicados. Tan sólo se les decía que era individual y que se trataba de una tesis doctoral. Se citó en día y hora concretos a cada uno de los que se ofrecieron a participar. - En esta ocasión no se les administró previamente el BDI tal y como se hizo en el experimento 1.

Así pues, inicialmente y por el procedimiento anteriormente comentado seleccionamos dieciocho estudiantes universitarios que realizaron la prueba del BDI aproximadamente unos diez minutos antes que la prueba específica de esta parte del experimento, por lo que hasta ese momento no pudimos determinar si eran "normales", "leves" o "moderados", siendo esta circunstancia causa de que se presentasen trece de los primeros y cinco de los "leves.

Ante esta situación, ninguno de los cuatro sujetos que aparecieron en último lugar de los catalogados como "normales" realizó la prueba, y para completar la muestra de los "leves" se hicieron nuevas selecciones utilizando el mismo procedimiento hasta alcanzar el número deseado.

3. DESARROLLO DE LAS PRUEBAS

Con anterioridad al desarrollo de las pruebas, el autor de la tesis realizó diversas sesiones de entrenamiento consistentes en la aplicación de la prueba específica a varias personas conocidas que se prestaron a ello.

Los sujetos fueron citados individualmente según la conveniencia particular de cada uno, y éste fue el criterio utilizado para determinar el orden en que -- afrontarían las pruebas. Estas se desarrollaron en un despacho aislado con arreglo al siguiente programa:

- Cuestionario MAE
- Escala de Asertividad
- BDI
- Cuestionario de Circunstancias Sociales facilita
doras de la Depresión
- Descanso de diez minutos
- Prueba específica

Las pruebas generales fueron realizadas sin tiempo límite y en una sala en la que no estaba el experimentador. Durante los minutos de descanso un colaborador corregía el BDI con el fin de determinar el grupo de de--presión al que pertenecía el sujeto, y como consecuen--cia de ello que no se realizasen más pruebas específi--cas de las previstas. El resultado de esta corrección -- no se le comunicaba al experimentador.

A continuación, sujeto y experimentador se senta--ban frente a frente para verificar la prueba específica. En primer lugar, éste le explicaba a aquél con todo de--talle en qué consistía técnicamente la prueba, sin apor--tar en ningún caso información sobre las hipótesis del experimento o cualquier otro punto relacionado con él. Seguidamente se le preguntaba al sujeto si tenía alguna

duda y tras resolverla en caso necesario comenzaba la prueba. Finalizada ésta, se le agradecía su colaboración y se le pedía que no comentase nada con otras personas.

Todas las pruebas se realizaron en un total de -- quince días y a ningún participante se le explicó la razón o el contenido del experimento, hasta que no se completaron las dos partes de que consta el mismo.

Los sujetos "moderados" siguieron el mismo procedimiento que los demás, a pesar de que las pruebas generales ya las habían realizado con motivo del experimento nº 2. Se les respetaron las puntuaciones que obtuvieron en esta ocasión, y en el caso del BDI todos ellos volvieron a puntuar 18 ó más, por lo que siguieron encuadrados en este grupo de depresión.

4. DISEÑOS UTILIZADOS

La muestra total de 27 personas que realizaron esta parte "A" del experimento quedó dividida en tres grupos de 9 en función del grupo de depresión al que pertenecían. Es decir, "normales", "leves" y "moderados".

Mediante un análisis de varianza comparamos las medias obtenidas por cada uno de estos grupos en los siguientes puntos:

- Nº de modelos aprendidos
- Tiempo empleado emdido en segundos
- Nº de intentos utilizados

En aquellos casos en que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se realizaron a continuación pruebas de "t" con el fin de determinar entre - qué grupos concretos se producían.

Como prueba complementaria realizamos un análisis correlacional en el que además de las variables utilizadas en las comparaciones anteriores, se incluyeron las correspondientes al rendimiento específico en cada uno de los modelos, el sexo, la edad y los datos obtenidos en las pruebas generales. Con el fin de hallar las correlaciones estadísticamente significativas empleamos - la siguiente fórmula:

$$"t": r \sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

r: Correlación correspondiente

N: Nº total de casos

154

RESULTADOS

Nº DE MODELOS APRENDIDOS

Los sujetos normales consiguieron una media más alta que los leves y los moderados, siendo estos últimos los que obtuvieron la media más baja.

Esta diferencia entre los grupos no es estadísticamente significativa al 5% n.c. pero sí al 10%, ya que la F es 2'85, y $2'85 < 3'40$, pero $2'85 > 2'54$.

Realizadas posteriormente las distintas pruebas de "t" encontramos como estadísticamente significativa al 5% n.c. la diferencia entre las medias de los grupos - "normales" y "moderados", ya que la "t" hallada es 2'44 y $2'44 > 2'06$.

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni siquiera el 10% n.c. entre las medias de los "normales" y los "leves" por un lado, y las de éstos y los "moderados" por otro.

TIEMPO EMPLEADO

La media del grupo compuesto por sujetos moderados fue la más alta de las tres, siendo la de los "normales" la más baja.

La diferencia entre las medias es estadísticamente significativa al 5% n.c., debido a que la F obtenida es 4'14, y $4'14 > 3'40$.

Las pruebas de "t" indicaron que únicamente la diferencia entre las medias de normales y moderados puede considerarse como estadísticamente significativa incluso al 1% n.c., dado que la "t" hallada 2'87 es mayor que 2'80.

Por el contrario, ninguna de las otras dos "t" alcanza el valor de 1'71, que sería necesario para que las diferencias fuesen estadísticamente significativas al 10% n.c.

Nº INTENTOS UTILIZADOS

También aquí la media más alta correspondió a los "moderados" y la más baja a los "normales", si bien en este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ni siquiera al 10% n.c., ya que la F obtenida es 1'96.

ANÁLISIS CORRELACIONAL

El grupo de depresión ("normales": 1; "leves": 2, y "moderados": 3) correlaciona negativamente de forma significativa al 5% n.c. con los modelos aprendidos y

positivamente con el tiempo empleado y el número de intentos utilizados, siendo en el primer caso estadísticamente significativa al 1% y en el segundo no significativa ni al 5% n.c.

La correlación es de $-0'436$ con el número de modelos aprendidos, de $0'505$ con el tiempo empleado y de $-0'369$ con el número de intentos utilizados.

Debemos mencionar también las correlaciones entre esta variable del grupo de depresión con la motivación negativa ($0'393$) estadísticamente significativa al 5% n.c.

En otro sentido, las tres variables que miden el rendimiento total de los sujetos tienen una alta correlación entre sí, y dos de ellas correlacionan considerablemente con los acontecimientos graves -modelos aprendidos ($-0'439$) y tiempo ($0'414$).

Finalmente, las correlaciones halladas entre las variables de las pruebas generales estadísticamente significativas y que pensamos deben tenerse en cuenta, son las siguientes:

- Acontecimientos graves y dificultades importantes ($0'409$).
- BDI y motivación negativa ($0'429$).

- BDI y ansiedad inhibidora (0'434).
- Asertividad positiva y motivación positiva (0'673).
- Asertividad positiva y ansiedad facilitadora (0'463).
- Asertividad negativa y motivación positiva (-0'439).
- Asertividad negativa y motivación negativa (0'754).
- Asertividad negativa y ansiedad facilitadora (-0'515).
- Asertividad negativa y ansiedad inhibidora (0'489).
- Motivación positiva y ansiedad facilitadora (0'538).
- Motivación negativa y ansiedad facilitadora (-0'572).
- Motivación negativa y ansiedad inhibidora (0'490).

CUADRO Nº 90

MEDIAS TOTALES OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS EN
MODELOS APRENDIDOS, TIEMPO EMPLEADO E INTENTOS UTI-
LIZADOS

	SUJETOS NORMALES	SUJETOS LEVES	SUJETOS MODERADOS
MODELOS APRENDIDOS	7'38	3'33	3
TIEMPO EMPLEADO	359'89'	445'55	552'89
INTENTOS UTILIZADOS	71'67	88'78	97'89

DIFERENCIAS ENTRE LAS DISTINTAS MEDIAS TOTALES EN MODE-
LOS APRENDIDOS, TIEMPO EMPLEADO E INTENTOS UTILIZADOS

	NORMALES Y LEVES	NORMALES Y MODERADOS	LEVES Y MODERADOS
MODELOS APRENDIDOS	0'45	0'78	0'33
TIEMPO EMPLEADO	85'66	193	107'34
INTENTOS UTILIZADOS	17,11	26'2	9'11

CUADRO Nº 91

CUADRO Nº 92

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN "MODELOS APRENDIDOS"

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTER-GRUPO	2'74	2	1'37	2'85
INTRA-GRUPO	11'56	24	0'48	Significa- tiva al 10% n.c.
TOTAL	14'3	26		

CUADRO Nº 93

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN "TIEMPO REALIZADO"

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTER-GRUPO	168.324'6	2	84.162'3	4'14
INTRA-GRUPO	488.366'07	24	20.348'59	Significa- tiva al 5%
TOTAL	656.690'67	26		

CUADRO Nº 94

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN "INTENTOS UTILIZADOS"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTER-GRUPO	3.190'22	2	1.595'11	1'96
INTRA-GRUPO	19.516'45	24	813'18	No Significa- tiva
TOTAL	22.706'67	26		

CUADRO Nº 95

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS Y
"T" OBTENIDA TRAS LOS ANALISIS DE VARIANZA

		SUJETOS NORMALES Y LEVES	SUJETOS NORMALES Y MODERADOS	SUJETOS LEVES Y MODERADOS
MODELOS	d	0'45	0'78	0'33
APRENDIDOS	"t"	1'41	2'44	1'03
		No Signif.	Signif. al 5%	No Signif.
TIEMPO	d	85'66	193	107'34
EMPLEADO	"t"	1'27	2'87	1'60
		No Signif.	Signif. al 5%	No Signif.
INTENTOS	d	17'11	26'22	9'11
UTILIZADOS	"t"	1'27	1'95	0'68
		No Signif.	No Signif.	No Signif.

CODIGOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS
CORRELACIONAL DE LA PARTE A

1. GRUPO DE DEPRESION
 - Normales: 1
 - Leves: 2
 - Moderados: 3
2. Aprendizaje del 1er modelo.
3. Tiempo empleado en el 1er modelo.
4. Intentos utilizados en el 1er modelo.
5. Aprendizaje del 2º modelo.
6. Tiempo empleado en el 2º modelo.
7. Intentos utilizados en el 2º modelo.
8. Aprendizaje del 3er modelo.
9. Tiempo empleado en el 3er modelo.
10. Intentos utilizados en el 3er modelo.
11. Aprendizaje del 4º modelo.
12. Tiempo empleado 4º modelo.
13. Intentos utilizados 4º modelo.
14. NUMERO DE MODELOS APRENDIDOS.
15. TOTAL TIEMPO EMPLEADO.
16. TOTAL INTENTOS UTILIZADOS.
17. Sexo.
18. Edad.
19. Acontecimientos graves.
20. Dificultades importantes.
21. Factores que crean vulnerabilidad.
22. BDI.
23. Asertividad positiva.

- 24. Asertividad negativa.
- 25. Motivación positiva.
- 26. Motivación negativa.
- 27. Ansiedad facilitadora.
- 28. Ansiedad perturbadora.

CUADRO No. 9)

CORRELACIONES ESTADÍSTICAS VIE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES.

	1	14	15	19	22	23	24	25	26
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10	0'20xx								
11									
12									
13	-0'416x								
14	0'505xx	0'							
15	-0'81xx	xxx							
16									
17									
18									
19	-0'43								
20									
21	-0'389x								
22	0'950xx	-0'408x	0'480x						
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									
89									
90									
91									
92									
93									
94									
95									
96									
97									
98									
99									
100									

x: Significativas al 5% n.e.

xx: Significativas al 1% n.e.

465

P A R T E B

METODO

I. PRUEBA ESPECIFICA UTILIZADA

La prueba es similar a la utilizada en la parte "A" de este experimento, y, por lo tanto, en esta explicación omitiremos aquellos detalles que pensemos - han quedado lo suficientemente analizados en tal apartado.

Consta de dos fases al igual que otras pruebas - realizadas en experimentos anteriores. En la primera de ellas o fase de tratamiento existirán dos planteamientos distintos tal y como veremos más adelante. En la segunda o fase de test, se presenta un único modelo de sucesión de las palabras "PAR" e "IMPAR" idéntico al utilizado en la parte "A" con el número 4.

FASE DE TRATAMIENTO

1) PRUEBA PARA PROVOCAR UNA FALTA DE CONTROL (FC)

El sujeto debe seguir las mismas reglas que en la prueba de la parte "A". Es decir, pronosticar si la palabra escrita en el papel del experimentador es "PAR" o "IMPAR" e inmediatamente antes de cada intento calcular la probabilidad de acertar en el mismo valorándola de 0 a 10 puntos.

La diferencia consiste en que en la hoja de respuestas del experimentador no habrá ninguna solución escrita y éste tendrá que contestar SI o NO de tal -

forma que sea imposible hallar alguna sucesión. El procedimiento sería el siguiente: Si el sujeto dice IMPAR y el experimentador responde NO, éste apuntará en su hoja N-I. Si a continuación el sujeto dice IMPAR y la respuesta es SI, la anotación será S-I. De esta forma, el experimentador lleva un control de los pronósticos del sujeto y las combinaciones que éste puede hacer a tenor de la contestación afirmativa o negativa. En el ejemplo anterior, el experimentador sabrá que sus respuestas anteriores implican una sucesión de IMPAR-IMPAR y así puede ir emitiendo sucesivas contestaciones que no permitan al sujeto aprender modelo alguno.

Cuando el sujeto lleva veinte intentos, se corta la serie y, utilizando el mismo sistema, se comienza con otra nueva hasta un total de cinco.

El experimentador antes de comenzar debe explicar al sujeto que durante el desarrollo de la prueba no se pueden intercambiar comentarios, y debe cumplir en todo momento con esta premisa.

2) PRUEBA PARA INTENTAR PROVOCAR Y FORTALECER EL CONTROL (C)

En esta prueba el sujeto debe actuar de la misma forma que en la explicada anteriormente. Su peculiaridad como veremos ahora, consiste por un lado, en que los modelos son perfectamente solubles y el grado de dificultad es mínimo para ir aumentando poco a poco,

y por otro, la actitud del experimentador. El procedimiento sería el siguiente:

En primer lugar se le presenta al sujeto el modelo que consideramos más fácil que es PAR-IMPAR-PAR- - IMPAR, etc, permitiéndole que utilice todos los intentos necesarios para aprenderlo y que por lo tanto sus respuestas tengan un control sobre las consecuencias. Cuando domina este modelo suficientemente se pasa al segundo que es un poco más difícil, y así sucesivamente. En los tres primeros modelos, si el experimentador observa que el sujeto está "perdiendo el rumbo", corta el ejercicio diciéndole:

"Casi lo has hecho bien pero te has despistado un poco. Si te fijas un poco más estoy seguro de que lo puedes conseguir".

A continuación se le presenta de nuevo el mismo modelo hasta que lo llegue a dominar.

Cuando los sujetos aprenden un modelo se les refuerza con un "MUY BIEN", "ESTUPENDO" y también se les dice alguna frase tal que "¡Cómo ves, resulta fácil si pones atención" o "Como ves, el éxito depende de la atención que pongas" o "¿Ves como fijándote has sido capaz de hacerlo bien?".

En los dos primeros modelos, el experimentador comienza siempre con una primera contestación afirma-

tiva, y a partir de esa respuesta continúa con la serie que corresponda. El tercer modelo presenta el mismo tipo de sucesión que el segundo, pero ahora ya la primera respuesta del experimentador será negativa, - situación ésta que volverá a repetirse en los modelos cuarto y quinto.

Al contrario que en los tres primeros modelos, - si en los nºs 4 y 5 el sujeto empieza a "perder el rumbo" el experimentador no cortará el ejercicio, con el fin de que aquél no aprenda que cada vez que se despista, se empieza de nuevo, y por lo tanto se acostumbra a salir con éxito de una situación difícil. - Así pues, si el experimentador observa que el sujeto tiene dificultades no cortará el ejercicio y se limitará a comentarle:

"Fíjate bien y verás como logras hacerlo"

"Recuerda que en los modelos anteriores, en cuanto te has fijado bien has sido capaz de hacerlo".

Si transcurrido un tiempo el sujeto no domina la situación, entonces sí se corta y se aplican las mismas normas que para este caso hemos explicado con anterioridad.

La prueba debe finalizar con una experiencia de éxito seguida de unas palabras de reconocimiento por parte del experimentador como "LO HAS HECHO MUY BIEN!" En el caso de aquellos sujetos que hayan tenido difi-

cultades para dominar los modelos se les elogiará su capacidad para superar con éxito los malos momentos, y se les recordará que cuando se fijaron bien en la tarea fueron capaces de sacarlo adelante.

FASE DE TEST

La prueba consiste en un único modelo en el que se suceden las palabras "PAR" e "IMPAR" de la misma forma que en el nº 4 de la parte "A".

Al igual que en el citado apartado, se concede un tiempo máximo de cinco minutos y un máximo de cuarenta intentos.

El funcionamiento general de la prueba y la forma en que se puntúa son también las mismas que en la parte "A".

PRUEBA DE RECUPERACION

Es una prueba idéntica en todo a la que acabamos de explicar, pero con una combinación distinta aunque muy similar de las palabras "PAR" e "IMPAR".

En caso de ser necesaria una segunda recuperación

se utilizará la misma prueba que en la primera fase de test. Tanto los modelos de la fase de tratamiento para provocar y fortalecer el control, como los de la fase de test pueden encontrarse en el apéndice del trabajo.

DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES

La prueba consiste en encontrar un número determinado de errores en un tiempo limitado, y ya ha quedado suficientemente explicada en el apartado de pruebas específicas del experimento nº 2.

2. SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra fue seleccionada utilizando el mismo procedimiento que en el caso de los sujetos "normales" y "loves" de la parte "A" de este experimento, y, al igual que en ésta, estuvo compuesta por estudiantes universitarios de ambos sexos.

Aquellos que se presentaron voluntarios fueron citados individualmente para realizar las pruebas correspondientes, y tal y como sucedió en la parte "A" no completaron el BDI hasta poco antes de realizar la prueba específica, por lo que hasta ese momento no supimos en qué grupo de depresión quedaría incluido cada uno de ellos.

Nuestro propósito era contar con doce sujetos "normales" y otros tantos "leves", y, dado que los veinticuatro primeros que se presentaron no se ajustaban a nuestras necesidades, tuvimos que prescindir de los que superaban la cifra señalada en cada uno de los grupos, y continuar seleccionando personas hasta conseguir la muestra deseada.

3. DESARROLLO DE LAS PRUEBAS

En primer lugar, el autor de la tesis realizó diversas sesiones de entrenamiento con el fin de familiarizarse con las pruebas específicas y llegar a dominarlas, consistiendo estas sesiones en la aplicación de las mismas a algunos conocidos que se prestaron a ello.

Se utilizó el mismo sistema que en la parte "A". Es decir, quedamos citados con cada uno de los sujetos en día y hora concretos, según conveniencia de ambas partes y estas citas formalizaron el orden en que los sujetos realizarían las pruebas. Estas se desarrollaron en un despacho aislado y con arreglo a un programa similar al de la parte anterior, y que exponemos a continuación:

- Cuestionario MAE
- Escala de Asertividad
- BDI
- Cuestionario de Circunstancias Sociales facilitadas

doras de la depresión.

- Descanso de 10 minutos
- Pruebas específicas
 - Fase de tratamiento
 - Fase de test
 - Dibujo de los 10 errores

Las pruebas generales tenían lugar en una sala en la que no estaba presente el experimentador. Finalizadas éstas, un colaborador las recogía y corregía el BDI con el fin de determinar el grupo de depresión al que pertenecía el sujeto, y como consecuencia de ello, si podía o no continuar la prueba, y en caso afirmativo qué tipo de tarea había que asignarle.

A continuación, el sujeto en cuestión pasaba al despacho en que tenía lugar la fase de tratamiento. Las pruebas correspondientes a esta fase se distribuyeron de la siguiente manera:

Al primer sujeto del grupo de los "normales" se le pasó la "PRUEBA PARA PROVOCAR UNA FALTA DE CONTROL" (prueba FC). Al segundo que apareció se le aplicó la "PRUEBA PARA INTENTAR PROVOCAR Y FORTALECER EL CONTROL" (prueba C), el tercero volvió a realizar la misma que el primero y así sucesivamente hasta completar los doce, utilizándose el mismo procedimiento con los sujetos "leves", de tal forma que ambas pruebas específicas fueron realizadas por el mismo número de "normales" y "leves".

Una vez finalizada la prueba de la fase de tratamiento, se realizó la correspondiente a la fase de test, que, como hemos comentado en el apartado de las pruebas específicas era la misma para todos los sujetos. Inmediatamente después se le invitaba al sujeto a pasar de nuevo a la sala en que había desarrollado las pruebas generales, y allí ejecutaba la prueba del dibujo de los diez errores, cronometrado por el experimentador o un colaborador.

Como punto final, se le agradeció al sujeto su colaboración y se le dijo que quizá le llamaríamos para realizar de nuevo algunas pruebas si, a la vista de los resultados, lo considerásemos de interés.

Los veinticuatro sujetos que formaron finalmente la muestra desarrollaron las pruebas en un total de diecisiete días.

Posteriormente citamos de nuevo individualmente a aquellos que no habían logrado resolver la sucesión de la fase de test, y les sometimos a lo que denominamos "Prueba de recuperación", si bien estos términos no se utilizaron nunca en presencia de los sujetos experimentales.

En esta segunda ocasión, cada persona participante completó el BDI y posteriormente realizó la "prueba correspondiente a la recuperación, que queda explicada en el apartado correspondiente.

Nuevamente se les agradeció la colaboración prestada, y se les volvió a recordar que quizá serían llamados de nuevo, tal y como efectivamente sucedió con dos sujetos.

Estas dos personas realizaron la denominada "2ª - recuperación" cuyo procedimiento fue el mismo que el - de la primera, si bien, tal y como queda reflejado en otra parte de este trabajo, el modelo de la prueba de la fase de test presenta alguna diferencia.

4. DISEÑOS UTILIZADOS

Tal y como habrá podido comprobar el lector, cada una de las dos pruebas específicas de la fase de trata miento fue realizada por doce sujetos, de los cuales - seis eran "normales" y otros seis "leves".

Utilizando la prueba de "t" comparamos en primer lugar el rendimiento en la prueba de la fase de test y en la del dibujo de los diez errores entre aquellos su jetos que en la fase de tratamiento fueron sometidos a la prueba para provocar control (C) y los que realizaron la prueba para provocar falta de control (FC), sin tener en cuenta el grupo de depresión al que pertene-- cían.

Posteriormente, y también mediante la prueba de - "t" hicimos idénticas comparaciones entre el grupo de

los considerados como "normales" y el de los clasificados como "leves", sin valorar en este caso, la prueba específica que desarrollaron en la fase de tratamiento.

A continuación, realizamos tales comparaciones -- teniendo en cuenta ambas variables, y para ello utilizamos análisis de varianza 2×2 . En aquellos casos en que esta prueba indicó que existían diferencias significativas se aplicaron seguidamente las pruebas de "t" necesarias para concretar entre qué grupos se producían.

En todos los casos anteriores se compararon las medias obtenidas por los distintos grupos en los siguientes puntos:

- Aprendizaje del modelo; a aquéllos sujetos que lo aprendían se les concedía un punto, y a los que no lo hacían cero puntos.
- Tiempo empleado medido en segundos.
- Nº intentos utilizados.
- Nº aciertos en el dibujo de los diez errores.

Por último, y como prueba complementaria realizamos un análisis correlacional en el que además de las variables ya señaladas, se incluyeron como tales el sexo, la edad y los datos obtenidos por los sujetos en las pruebas generales.

Con el fin de encontrar las correlaciones estadísticamente significativas utilizamos la fórmula siguiente:

$$"t": r\sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

r: Correlación correspondiente

N: Nº total de casos.

PRUEBAS DE RECUPERACION

La primera de estas pruebas fue realizada por -- aquellos sujetos que no aprendieron el modelo expuesto en la prueba específica de la fase de test, y cuyo número ascendió a un total de diez, de los que dos habían sido sometidos a la prueba C (los dos "leves") y ocho a la prueba FC (cuatro "normales" y cuatro "leves").

La participación en la segunda prueba de recuperación correspondió a aquellos que no lograron aprender el modelo en la primera, y los dos sujetos que llegaron a hacerlo pertenecían al grupo de los "normales" -- sometido a la prueba FC en la primera fase de tratamiento.

RESULTADOS

COMPARACIONES SEGUN LA PRUEBA ESPECIFICA REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

- Aprendizaje del modelo.

Los sujetos sometidos a la prueba para provocar control (C) consiguieron una media más alta que los asignados a la prueba para provocar falta de control (FC).

La "t" hallada es 3'33, por lo que la diferencia puede considerarse como estadísticamente significativa al 1% n.c., ya que $3'33 > 3'11$.

Diez de los doce sujetos pertenecientes al primer grupo lograron aprender el modelo mientras que únicamente lo consiguieron cuatro de los doce que con

ponen el segundo.

- Tiempo empleado.

El grupo que fue expuesto a la prueba FC, fue el que tuvo la media más alta.

La diferencia es estadísticamente significativa al 5% n.c. al ser la "t" $3'10 > 2'20$.

- Nº intentos utilizados.

También aquí la medida es más alta en el grupo - FC, siendo asimismo la diferencia estadísticamente significativa al 5% n.c. debido a que la "t" hallada - $2'71 > 2'20$.

- Dibujo de los diez errores.

La media del grupo FC es ligeramente superior a la del grupo C, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa ni al 10% n.c.

COMPARACIONES SEGUN EL GRUPO DE DEPRESION- Aprendizaje del modelo.

Los sujetos "normales" obtuvieron una media más alta que los "leves", aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ni al 10% n.c.

En cuanto al número de sujetos que aprendieron el modelo, ocho eran "normales y seis "leves".

- Tiempo empleado.

La media conseguida por los "leves" es superior a la de los "normales".

La diferencia puede considerarse como estadísticamente significativa al 5%, ya que la $t = 2.9 > 2.29$.

- Nº intentos utilizados.

En este caso, a pesar de que los "leves" tienen la media más alta, la diferencia no es estadísticamente significativa ni al 10% n.c.

- Dibujo de los diez errores.

El grupo de los "normales" alcanzó una media superior al grupo de los "leves", si bien la diferencia entre ambas no puede considerarse como estadísticamente significativa ni tan siquiera al 10% n.c.

COMPARACIONES TENIENDO EN CUENTA LA PRUEBA ESPECIFICA
REALIZADA EN LA FASE DE TRATAMIENTO Y EN EL GRUPO DE
DEPRESION

- Aprendizaje del modelo.

Todos los sujetos "normales" con prueba C, aprendieron el modelo, mientras que los "leves" con la misma prueba que lo consiguieron fueron cuatro, y entre aquellos con prueba FC, llegaron a aprenderlo dos "normales" y dos "leves".

En cuanto a las medias alcanzadas, la F obtenida en el análisis de varianza es 3'05, lo que indica que la diferencia existente es estadísticamente significativa al 10% n.c., ya que $3'05 > 2'38$.

Realizadas a continuación las pruebas de "t" correspondientes, resultó ser estadísticamente significativa al 2% n.c. la diferencia entre el grupo de "normales" que hizo la prueba C, y los grupos de "normales" y "leves" que desarrollaron la prueba FC, siendo aquella favorable al primero de estos grupos. La "t" hallada $2'68 > 2'53$.

Las restantes diferencias entre medias no son significativas ni al 10% n.c.

- Tiempo empleado.

La media más alta la obtuvo el grupo de "leves" -

sometido a la prueba FC, y la más baja el de "normales" con la prueba C.

La diferencia existente puede considerarse como - estadísticamente significativa al 1% n.c. al ser la F $9'34 > 4'94$.

Las pruebas de "t" realizadas posteriormente detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- "Normales" y "leves" sometidos a la prueba C.

La diferencia es significativa al 1% n.c. al ser la "t" $3'80 > 2'84$.

- "Normales" con prueba C y "normales" con prueba FC.

La diferencia es significativa al 1% n.c., ya que la "t" hallada $3'87 > 2'84$.

- "Normales" con prueba C y "leves" con prueba FC.

La diferencia es también significativa al 1% n.c., teniendo en cuenta que la "t" $4'92 > 2'84$.

Las restantes diferencias entre medias no son estadísticamente significativas ni al 10% n.c.

- Nº de intentos utilizados.

Las diferencias existentes son estadísticamente -

significativas al 1% n.c. ya que la F obtenida en el análisis de varianza $7'05 > 4'94$. Las medias más altas corresponden a los grupos con prueba FC, mientras que la más baja es la conseguida por los "normales" con prueba C.

Efectuadas las pruebas de "t" correspondientes, encontramos diferencias estadísticamente significativas al 1% n.c. entre los siguientes grupos:

- "Normales" y "leves" con prueba C.

La "t" $3'14 > 2'84$.

- "Normales" con prueba C y "normales" con prueba FC.

La "t" $4'27 > 2'84$.

- "Normales" con prueba C y "leves" con prueba FC.

La "t" $3'61 > 2'84$.

De la misma forma que en el tiempo empleado, las restantes diferencias entre medias no pueden considerarse significativas ni al 10% n.c.

- Dibujo de los diez errores.

La media más baja fue la de los sujetos "leves" sometidos a la prueba C, mientras que los dos grupos con sujetos "normales" obtuvieron la más alta.

La diferencia existente es estadísticamente significativa al 10% n.c.

Las pruebas de "t" confirmaron posteriormente diferencias estadísticamente significativas al 5% n.c. - entre los grupos siguientes:

- "Normales" y "leves" con prueba C.

La "t" hallada $2'32 > 2'09$.

- "Normales" con prueba FC y "leves" con prueba C.

La "t" $2'32 > 2'09$.

- "Leves" con prueba FC y "leves" con prueba C.

La "t" $2'11 > 2'09$.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los restantes grupos.

ANALISIS CORRELACIONAL

El tipo de tarea que los sujetos realizaron en la fase de tratamiento (prueba C: 1 y prueba FC: 2) correlaciona negativamente de forma significativa con el modelo aprendido ($-0'507$) y positivamente también de forma significativa con el tiempo empleado ($0'510$) y el nº de intentos utilizados ($0'518$). La correlación con

el nº de errores acertados en el dibujo aunque también es positiva parece bastante baja (0'283) y no es estadísticamente significativa.

En un segundo término parece interesante resaltar también las correlaciones entre el tipo de tarea y la motivación negativa (-0'326) por un lado, y la ansiedad facilitadora (0'524) por otro, aunque en el primer caso no es estadísticamente significativa.

En cuanto al grupo de depresión ("normales": 1; - "leves": 2) y su correlación con las variables de rendimiento en la fase de test, únicamente merece ser destacada la existente entre aquél y el tiempo empleado - (0'495).

Complementariamente deben tenerse en cuenta las correlaciones positivas entre grupo de depresión y otras tres variables: acontecimientos graves (0'462), dificultades importantes (0'458) y ansiedad inhibidora (0'559).

Las tres variables que se refieren al rendimiento en la prueba específica de la fase de test, correlacionan elevadamente entre sí, sucediendo todo lo contrario entre cada una de ellas y el nº de aciertos en el dibujo. Esta última variable tiene una correlación de -0'340 con la puntuación en el BDI.

Por último, centrándonos en los datos de las pruebas

bas generales podemos observar las siguientes correlaciones:

- Sexo (mujeres: 1; hombres: 2) y factores que crean vulnerabilidad (0'458)
- Sexo y asertividad positiva (0'594)
- Acontecimientos graves y dificultades importantes (0'520)
- Acontecimientos graves y BDI (0'409)
- Factores vulnerabilidad y motivación positiva (-0'538)
- BDI y ansiedad inhibidora (0'531)
- Asertividad positiva y ansiedad inhibidora (0'547)
- Asertividad negativa y ansiedad inhibidora (0'536)

PRUEBAS DE RECUPERACION

No establecimos ningún tipo de comparación estadística con los resultados de estas pruebas.

Lo más destacable es que en la primera recuperación los dos sujetos que realizaron la prueba C aprendieron el modelo, y que también lo lograron ocho de los diez que habían sido sometidos en la primera fase de tratamiento a la prueba FC, si bien estos últimos emplearon más tiempo y utilizaron un mayor número de intentos que los primeros. Los únicos que no lograron aprender el modelo fueron dos sujetos "normales" pertenecientes al grupo FC.

486

En la segunda recuperación ambos sujetos aprendieron el modelo.

CUADRO Nº 97

MEDIAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS EN "MODELO
APRENDIDO"

	GRUPO (C)	GRUPO (FC)	TOTAL
SUJETOS NORMALES	1	0'33	0'66
SUJETOS LEVES	0'66	0'33	0'5
TOTAL	0'83	0'33	

CUADRO Nº 98

MEDIAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS EN "TIEMPO
EMPLEADO"

	GRUPO (C)	GRUPO (FC)	TOTAL
SUJETOS NORMALES	50'17	175'5	112'83
SUJETOS LEVES	173'17	209'33	191'25
TOTAL	111'67	192'42	

CUADRO Nº 99

MEDIAS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS EN "INTEN-
TOS UTILIZADOS"

	GRUPO (C)	GRUPO (FC)	TOTAL
SUJETOS NORMALES	14'16	36'83	25'5
SUJETOS LEVES	30'83	33'33	32'08
TOTAL	22'5	35'08	

CUADRO Nº 100

MEDIAS DE ACIERTOS OBTENIDAS POR LOS DISTINTOS GRUPOS
EN EL DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES

	GRUPO (C)	GRUPO (FC)	TOTAL
SUJETOS NORMALES	8	8	8
SUJETOS LEVES	6'16	7'83	7
TOTAL	7'08	7'92	

CUADRO N°101

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS C Y FC Y "t" OBTENIDA EN LAS TRES COMPARACIONES

	MODELO APRENDIDO	TIEMPO EMPLEADO	INTENTOS UTILIZADOS
Diferencia			
\bar{x}	0'5	80'75	12'48
"t"	3'33	3'10	2'71
	Signif. al 1% n.c.	Signif. al 5% n.c.	Signif. al 5% n.c.

CUADRO N°102

DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE "NORMALES" Y "LEVES" Y "t" OBTENIDA EN LAS TRES COMPARACIONES

	MODELO APRENDIDO	TIEMPO EMPLEADO	INTENTOS UTILIZADOS
Diferencia			
\bar{x}	0'17	78'42	6'48
"t"	0'81	2'9	1'3
	No Signif.	Signif. al 5% n.c.	No Signif.

CUADRO Nº103

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN "MODELO APRENDIDO"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	1'83	3	0'61	3'05
INTRAGRUPO	4	20	0'2	
TOTAL	5'83	23		Significa- tiva al 10% n.c.

CUADRO Nº104

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN "TIEMPO UTILIZADO"

FUENTES DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	87.944'46	3	29.314'82	9'34
INTRAGRUPO	62.746'5	20	3.137'32	
TOTAL	150.690'96	23		Significa- tiva al 1% n.c.

CUADRO N°105

CUADRO DE ANALISIS DE VARIANZA EN "INTENTOS UTILIZADOS"

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	1.820'12	2	606'70	7'05
INTRAGRUPO	1.721'84	20	86'09	Significa tiva al 1% n.c.
TOTAL	3.541'96	23		

CUADRO N°106

TABLA DE ANALISIS DE VARIANZA EN ACIERTOS OBTENIDOS EN EL DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRATICAS	F
INTERGRUPO	14'33	3	4'77	2'53
INTRAGRUPO	37'67	20	1'88	Significa tiva al 10% n.c.
TOTAL	52	23		

CUADRO No 107

DIFERENCIAS EN "MODELO APRENDIDO" ENTRE LAS MEDIAS DE
LOS DISTINTOS GRUPOS, Y "t" OBTENIDA TRAS LOS ANALISIS
DE VARIANZA

	SUJETOS NORMALES TAREA C	SUJETOS LEVES TAREA C	SUJETOS NORMALES TAREA FC	SUJETOS LEVES TAREA FC
SUJETOS NORMALES TAREA C	-			
Dif. SUJETOS \bar{x}	0'34			
LEVES TAREA C "t"	1'36 No Signif.	-		
Dif. SUJETOS \bar{x}	0'67	0'33		
NORMALES TAREA FC "t"	2'68 Signif. al 5%	1'32 No Signif.	-	
Dif. SUJETOS \bar{x}	0'67.	0'33		
LEVES TAREA FC "t"	2'68 Signif. al 5%	1'32 No Signif.	No hay diferencia	-

CUADRO Nº108

DIFERENCIAS EN TIEMPO EMPLEADO ENTRE LAS MEDIAS DE LOS
DISTINTOS GRUPOS, Y "t" OBTENIDA TRAS LOS ANALISIS DE
VARIANZA

	SUJETOS NORMALES TAREA C	SUJETOS LEVES TAREA C	SUJETOS NORMALES TAREA FC	SUJETOS LEVES TAREA FC
Dif.				
SUJETOS \bar{x}				
NORMALES "t"				
TAREA C				
Dif.				
SUJETOS \bar{x}	123			
LEVES "t"	3'80	-		
TAREA C	Signif. al 1%			
Dif.				
SUJETOS \bar{x}	125'33	2'33		
NORMALES "t"	3'87	0'07		
TAREA FC	Signif. al 1%	No Signif.		
Dif.				
SUJETOS \bar{x}	159'16	36'16	33'83	
LEVES "t"	4'92	1'11	1'04	-
TAREA FC	Signif. al 1%	No Signif.	No Signif.	

CUADRO N°109

DIFERENCIAS EN INTENTOS UTILIZADOS ENTRE LAS MEDIAS DE
LOS DISTINTOS GRUPOS Y "t" OBTENIDA TRAS LOS ANALISIS
DE VARIANZA

		SUJETOS NORMALES TAREA C	SUJETOS LEVES TAREA C	SUJETOS NORMALES TAREA FC	SUJETOS LEVES TAREA FC
SUJETOS NORMALES TAREA C		-			
SUJETOS	Dif. \bar{x}	16'67			
LEVES	"t"	3'14	-		
TAREA C		Signif. al 1%			
SUJETOS	Dif. \bar{x}	22'67	6		
NORMALES					
TAREA FC	"t"	4'27	1'13	-	
		Signif. al 1%	No Signif.		
SUJETOS	Dif. \bar{x}	19'17	2'5	3'5	
LEVES					
TAREA FC	"t"	3'61	0'47	0'66	-
		Signif. al 1%	No Signif.	No Signif.	

CUADRO N°110

DIFERENCIAS EN ACIERTOS CONSEGUIDOS EN EL DIBUJO DE
LOS DIEZ ERRORES, ENTRE LAS MEDIAS DE LOS DISTINTOS
GRUPOS Y "t" OBTENIDA TRAS LOS ANALISIS DE VARIANZA

	SUJETOS NORMALES TAREA C	SUJETOS LEVES TAREA C	SUJETOS NORMALES TAREA FC	SUJETOS LEVES TAREA FC
SUJETOS NORMALES TAREA C	-			
	Dif.			
SUJETOS	\bar{x}	1'84		
LEVES	"t"	2'32	-	
TAREA C	Signif. al 5%			
	Dif.			
SUJETOS	\bar{x}	No	1'84	
NORMALES	"t"	hay diferencia	2'32	-
TAREA FC			Signif. al 5%	
	Dif.			
SUJETOS	\bar{x}	0'17	1'67	0'17
LEVES	"t"	0'21	2'11	0'21
TAREA FC				-
	No Signif.	Signif. al 5%	No Signif.	

CODIGOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS
CORRELACIONAL DE LA PARTE B

1. TIPO DE TAREA desarrollada durante la FASE DE TRATAMIENTO.
 - Prueba C: 1
 - Prueba FC: 2
2. GRUPO DE DEPRESION.
 - Normales: 1
 - Leves: 2
3. Aprendizaje del modelo.
4. Tiempo empleado.
5. Intentos utilizados.
6. Dibujo de los diez errores.
7. Sexo.
8. Edad.
9. Acontecimientos graves.
10. Dificultades importantes.
11. Factores que crean vulnerabilidad.
12. BDI.
13. Asertividad positiva.
14. Asertividad negativa.
15. Motivación positiva.
16. Motivación negativa.
17. Ansiedad facilitadora.
18. Ansiedad perturbadora.

CUADRO. No. 11

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES

	1	2	3	4	7	9	11	12	13	14
1										
2										
3	0.507									
4	0.510x	0.495x								
5	0.518xx		-0.730xx	-0.039xx						
9		0.462x								
10		0.458x								
11				0.45						
12		xx				x				
13				15.42x						
14										
17	0.522xx									
19	0.1					0.53	7xx	0.536xx		

x: Significativos al 5% n.e.

xx: Significativ

DISCUSION

Comenzando con la parte A, podemos observar cómo las hipótesis planteadas parecen confirmarse en cierto modo.

En las tres comparaciones realizadas tal y como pronosticamos, los sujetos normales obtuvieron medias que indican un rendimiento en las tareas correspondientes superior al de ambos grupos de depresivos, siendo los moderados los que mostraron el rendimiento más bajo.

A pesar de que tan sólo son estadísticamente significativas las diferencias entre normales y moderados en número de modelos aprendidos, y tiempo empleado, parece que los resultados apoyan suficientemente el planteamiento consistente en que la depresión produce déficits motivacionales y cognitivos que se manifiestan en el rendimiento en tareas de habilidad.

Además, el análisis correlacional nos muestra cómo el grupo de depresión (normales: 1; leves: 2; moderados: 3) correlaciona negativamente con los modelos aprendidos y positivamente con el tiempo empleado y el número de intentos utilizados, siendo las dos primeras correlaciones estadísticamente significativas al 5% y 1% respectivamente.

En cuanto a la parte B, los resultados parecen - confirmar también las hipótesis previas, ya que los su jetos normales, expuestos previamente a la prueba de -- control, obtuvieron en las tres situaciones medidas, - un rendimiento más alto que el de los restantes grupos, y además, excepto en el modelo aprendido entre aquéllos y los leves que realizaron también la prueba de control todas las diferencias son estadísticamente significativas al 1% n.c. y al 2% n.c.

Asimismo, las variaciones existentes entre los - otros tres grupos no son en ningún caso estadísticamente significativas, lo que indica una aproximación en - los resultados obtenidos por los mismos, tal y como - pronosticamos en la hipótesis nº 2.

Por otro lado, el análisis correlacional nos muestra cómo el tipo de tarea realizado en la fase de tratamiento (tareaC: 1; tarea FC: 2) correlaciona negativamente con el modelo aprendido y positivamente con el tiempo empleado y los intentos utilizados. Todas las - correlaciones son muy elevadas y estadísticamente significativas al 1% n.c., y parecen señalar que el desvalinimiento disminuye el rendimiento posterior.

En cuanto a la 3ª hipótesis, los resultados parecen indicar su confirmación, ya que de los diez sujetos que no lograron aprender el modelo en la primera - ocasión, ocho lo consiguieron en la primera recuperación (80%). Los dos sujetos que la primera vez fueron expuestos a la prueba de control, aprendieron el mode-

lo, y de los ocho sometido en aquella oportunidad a la prueba de incontrolabilidad seis alcanzaron el objetivo (75%) al ser ahora sometidos a la prueba C.

Parece pues, que tal y como comentamos en la introducción del experimento nº 2, en una prueba muy controlada como ésta, el hecho de que un sujeto realice una tarea preparada para provocarle una falta de control, implica en una gran mayoría de los casos, la percepción de incontrolabilidad por parte del mismo.

Centrándonos ahora en la hipótesis principal del experimento, podemos señalar que en estas circunstancias también parece confirmada.

En primer lugar, la parte A sugiere la existencia de unos déficits motivacionales y cognitivos en los sujetos depresivos, que se manifiestan mediante un rendimiento bajo en las tareas correspondientes, a lo que se puede añadir que el hecho de que los moderados rindan en todas las ocasiones medidas peor que los leves, parece indicar que los déficits son mayores en aquellos sujetos cuya alteración depresiva revista una mayor gravedad.

Asimismo, el que en la parte B hayan existido diferencias estadísticamente significativas entre normales y depresivos sometidos ambos a la prueba de control, supone un refuerzo para los resultados de la parte A, ya que parece hasta cierto punto evidente que es

el grupo de depresión el que en este caso determina los déficits motivacionales y cognitivos.

En segundo lugar, la parte B del experimento parece sugerir la existencia de los déficits en cuestión - en los sujetos normales expuestos anteriormente a una prueba para provocar una falta de control, y en los sujetos depresivos.

Todos los razonamientos anteriores nos llevarían a concluir que en las circunstancias en que hemos trabajado parecen existir déficits motivacionales y cognitivos como síntomas tanto de la depresión como del desvalimiento aprendido, lo que supone un cierto apoyo para éste como modelo de aquélla.

Por último queremos señalar que los resultados obtenidos por los distintos grupos en el dibujo de los diez errores, en la parte B no parecen tener relación con las tareas realizadas en la fase de tratamiento, y nos sugieren que tienen que ver con el azar, con factores que en este experimento no hemos controlado.

En cuanto a la estimación de la probabilidad de éxito que los sujetos realizaban antes de cada intento, diremos que nos sirvió en cierto modo para tener una idea sobre la percepción de control o falta del mismo por parte de aquéllos basándonos para ello en los resultados del experimento anterior que indicaron que una estimación más alta equivale a un mayor control.

CAPITULO 13

EXPERIMENTO Nº 4

INTRODUCCION E HIPOTESIS ESPECIFICAS

El propósito de este último experimento no es otro que comprobar la posible existencia de correlaciones al tas entre las distintas puntuaciones de las pruebas generales, con el fin de aportar algunos datos complementarios, que pueden ser interesantes en la investigación y en el estudio general de la depresión.

Las hipótesis que planteamos son las siguientes:

1. Encontraremos una correlación altamente positiva en tre acontecimientos graves y depresión.
2. Hallaremos una correlación altamente positiva entre dificultades importantes y depresión.
3. La correlación entre factores que crean vulnerabilidad y depresión será elevadamente positiva.
4. La correlación entre asertividad positiva y depresión será elevadamente negativa.
5. Entre asertividad negativa y depresión existirá una correlación considerablemente positiva.
6. La motivación positiva y la depresión correlaciona-- rán negativamente de forma elevada.

7. La correlación entre motivación negativa y depresión será alta y positiva.
8. Entre ansiedad facilitadora del rendimiento, y depresión aparecerá una correlación altamente negativa.
9. La correlación entre ansiedad inhibidora del rendi--miento y depresión será elevadamente negativa.

METODO

La muestra estuvo compuesta por todos aquellos sujetos que participaron en los experimentos 1, 2 y 3. - Es decir, 162 estudiantes universitarios de ambos se--xos con edades comprendidas entre los dieciocho y los veintiocho años.

Se utilizaron las pruebas consideradas como gene--rales en este trabajo, que fueron cumplimentadas por - los sujetos al realizar cada uno de los experimentos - anteriores, tal y como ha quedado reflejado en los - - apartados correspondientes.

En el caso de las nueve personas catalogadas como "moderadas" que participaron en los experimentos 2 y 3 (parte A) se respetaron las puntuaciones obtenidas en el primero de ellos.

La prueba estadística que utilizamos fue un análisis correlacional con los siguientes datos:

1. Sexo
2. Edad
3. Acontecimientos graves
4. Dificultades importantes
5. Factores que crean vulnerabilidad
6. Puntuación en el BDI

- 7. Asertividad positiva
- 8. Asertividad negativa
- 9. Motivación positiva
- 10. Motivación negativa
- 11. Ansiedad facilitadora del rendimiento
- 12. Ansiedad inhibidora del rendimiento

Todas estas variables han sido ya suficientemente explicadas a lo largo de todo el trabajo.

Una vez obtenidas las correlaciones comprobamos - cuáles podían considerarse como estadísticamente significativas, utilizando el siguiente criterio:

$$- \text{ Si (Correlación X) } \sqrt{N} \geq 2'58,$$

podemos considerar tal correlación como estadísticamente significativa al 1% n.c.

$$- \text{ Si (Correlación X) } \sqrt{N} \geq 1'96,$$

podemos considerar tal correlación como estadísticamente significativa al 5% n.c.

RESULTADOS

CORRELACIONES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL 1% n.c.

- Acontecimientos graves y dificultades importantes (0'317)
- Acontecimientos graves y puntuación en el BDI (0'274)
- Dificultades importantes y puntuación en el BDI (0'315)
- Dificultades importantes y asertividad negativa (0'199)
- Dificultades importantes y ansiedad facilitadora (-0'211)
- Puntuación en el BDI y motivación negativa (0'212)
- Puntuación en el BDI y ansiedad inhibidora (0'380)
- Asertividad positiva y asertividad negativa (-0'537)
- Asertividad positiva y ansiedad inhibidora (-0'310)
- Asertividad negativa y motivación negativa (0'207)
- Asertividad negativa y ansiedad inhibidora (0'395)
- Motivación positiva y motivación negativa (-0'383)
- Motivación positiva y ansiedad facilitadora (0'377)

- Motivación negativa y ansiedad facilitadora (-0'341)
- Motivación negativa y ansiedad inhibidora (0'240)

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL 5% n.c.

- Dificultades importantes y motivación negativa (0'189)
- Dificultades importantes y ansiedad inhibidora (0'169)
- Factores que crean vulnerabilidad y ansiedad facilitadora (-0'185)
- Puntuación en el BDI y asertividad negativa (0'168)
- Asertividad negativa y ansiedad facilitadora (-0'177)

CODIGOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS
CORRELACIONAL DEL EXPERIMENTO 4

1. Sexo.
2. Edad.
3. Acontecimientos graves.
4. Dificultades importantes.
5. Factores que crean vulnerabilidad.
6. Puntuación en Depresión.
7. Asertividad positiva.
8. Asertividad negativa.
9. Motivación positiva.
10. Motivación negativa.
11. Ansiedad facilitadora.
12. Ansiedad perturbadora.

CUADRO Nº112

CORRELACIONES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES

	3	4	5	6	7	8	9	10
1								
2								
3								
4	0'317xx							
5								
6	0'274xx	0'315xx						
7								
8		0'199xx		0'168x	-0'537xx			
9								
10		0'189x		0'212xx		0'207xx	-0'383xx	
11		-0'211xx	-0'185			-0'177x	0'377xx	-0'341xx
12		0'169x		0'380xx	-0'310xx	0'395xx		0'240xx

x: Significativas al 5% n.c.

xx: Significativas al 1% n.c.

510

DISCUSION

En primer lugar, parecen confirmadas las hipótesis 1 y 2, ya que tal y como postulamos en un principio, hemos encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre acontecimientos graves y dificultades importantes con la puntuación en el BDI.

Sin embargo, la hipótesis nº 3 queda rechazada, y este dato sugiere que tal y como apuntaron Brown y Harris (1978), los factores que crean vulnerabilidad no facilitan por sí solos la aparición de los trastornos depresivos, únicamente juegan un papel importante en presencia de los agentes provocadores.

También es estadísticamente significativa la correlación positiva entre asertividad negativa y depresión. En este sentido, recordamos al lector que tal y como explicamos en el capítulo dedicado a las pruebas generales, para una mayor facilidad en la aplicación de las pruebas estadísticas decidimos dividir las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la escala de asertividad de Rathus (1973) en dos subescalas. Así, la asertividad negativa, está representada por todas aquellas puntuaciones negativas en la citada escala, y la asertividad positiva por todas las positivas, por lo que no debe asignarse ningún otro significado a ambos conceptos.

Otras hipótesis que pueden confirmarse son las n^{os} 7 y 9, que se refieren a correlaciones significativas - entre depresión y motivación negativa por un lado, y - aquélla y ansiedad inhibidora por otro.

NOTAS

BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in - Women". Tavistock Publications.

RATHUS, S.A. (1973). "A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior". Behavior Therapy, 1, 399-400.

CAPITULO 14

CONCLUSIONES GENERALES

Comenzando con la revisión de las hipótesis generales planteadas en el capítulo nº 7, y siguiendo un orden similar al de entonces, nos centraremos en primer lugar en aquellas que se refieren al modelo del "learned helplessness" como tal, y posteriormente a las que tienen que ver con éste como modelo de depresión.

Los resultados de nuestros experimentos parecen indicar que tal y como señalaron los autores del desvalimiento (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), y planteamos nosotros mismos en nuestras primeras hipótesis, la falta de control sobre los eventos o consecuencias produce déficits motivacionales y cognitivos que se manifiestan en forma de un bajo rendimiento en tareas posteriores de habilidad.

Asimismo, y siguiendo en el mismo tema, nuestros datos parecen haber apuntado que es la percepción de

esa incontrolabilidad, independientemente de que exista o no de forma objetiva, la que produce el desvalimiento. En este sentido, en los experimentos 2 y 3 hemos podido comprobar cómo en circunstancias experimentales en las que participan pocos sujetos, y el experimentador puede tener un mayor control sobre la fase de tratamiento, al ser individual la aplicación de las pruebas, existe una gran relación entre el tipo de tarea que se le presenta al sujeto con el fin de provocarle una falta de control sobre los eventos, y la percepción de tal incontrolabilidad por parte del mismo.

Sin embargo, si la muestra que se utiliza es muy amplia, se aplican las pruebas de forma colectiva, y además la fase de tratamiento presenta numerosas situaciones frustrantes, el experimentador carece de control sobre esta fase, y la percepción de incontrolabilidad puede aparecer en sujetos que tienen asignadas tareas cuyo fin no era éste, y no manifestarse en otros, cuyas tareas sí tenían encomendado tal cometido.

En cuanto a los déficits de auto-estima y emocional o afectivo, nuestros datos parecen consistentes con la reformulación del modelo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1973) cuando señala el papel decisivo que juega en la aparición de los mismos el hecho de que el evento o consecuencia sobre el que el sujeto experimen

ta una falta de control sea importante para éste. En el experimento nº 2 esta importancia parece que ha existido en un grado mínimo pero suficiente para que apareciesen levemente estos déficits, evidencia ésta que confirma las hipótesis tres, cuatro y cinco.

La hipótesis nº seis, parece también confirmada, ya que en estas circunstancias ha quedado patente la existencia de una relación entre ambos déficits, de auto-estima y emocional o afectivo.

Trasladándonos ahora a los cambios de expectativa al estimar la probabilidad de éxito, nuestros resultados rechazan la hipótesis nº 7 consistente en que los sujetos desvalidos presentan menos cambios que los que no lo están, y por lo tanto son contrarios a los obtenidos por Miller y Seligman (1973, 1975).

Recordemos, además, que ya en la reformulación del modelo Abramson, Seigman y Teasdale (1978) indicaron que estos cambios no constituyen un índice directo para medir el desvalimiento, y dependen de la dimensión atribucional de estabilidad. Nuestra hipótesis nº 8 planteada en este sentido, queda parcialmente confirmada ya que los datos no alcanzan la significación estadística que sería deseable. No obstante en todas las comparaciones realizadas, aquellos sujetos que atri

buyeron su fracaso a causas estables mostraron menos - cambios en sus expectativas en tareas posteriores, que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables.

Por otro lado, en el experimento nº 2, sugerimos en la introducción, la posibilidad de que existiese - una relación entre el desvalimiento y la estimación de la probabilidad de éxito. Los resultados indican que - parece ser así, ya que los sujetos "desvalidos" manifestaron estimaciones más bajas que los "no desvalidos", siendo las diferencias altamente significativas. Esta circunstancia, no presentada como hipótesis general del trabajo, supone sin embargo un nuevo factor a tener en cuenta en el estudio del "learned helplessness".

En cuanto a la cronicidad del desvalimiento, aunque sólo una de las cuatro diferencias encontradas es estadísticamente significativa, en todos los casos los sujetos "desvalidos" que atribuyeron su fracaso a causas estables mostraron un rendimiento más bajo en tareas - posteriores que aquellos otros que lo hicieron a causas inestables, lo que con algunas reservas parece confirmar nuestra hipótesis nº 9.

No sucede lo mismo con la hipótesis nº 10 que se refiere a la generalización del "learned helplessness", ya que en la única situación planteada en el experimento nº 2 la diferencia no es significativa ni al 10%, y aunque los sujetos desvalidos "con atribución global" rindieron menos en la prueba correspondiente que "los

de atribución específica", la falta de significación estadística, y el hecho de haber realizado una sola -- comparación, nos impide confirmar, incluso con reser-- vas, la hipótesis planteada.

Tanto la cronicidad como la generalización del -- desvalimiento aprendido, pensamos que son temas que me recen un estudio más completo, y sobre todo más centra do en ellos, con muestras más amplias y situaciones ex perimentales más apropiadas. Esperemos que nuestros ha llazgos puedan servir como punto de partida de otras - investigaciones más completas en este sentido.

Este mismo argumento puede aplicarse al apartado correspondiente a las posibles diferencias en los défi cits motivacionales y cognitivos del desvalimiento, se gún sea éste personal o universal. Nuestros datos apun tan que aquellos desvalidos que atribuyeron su fracaso a causas internas (desvalimiento personal) rindieron - peor en tareas posteriores que aquellos otros que lo - hicieron a causas externas (desvalimiento universal), si bien la diferencia hallada no es estadísticamente - significativa, por lo que esgrimindo las mismas razo- nes que al referirnos a la generalización, debemos re- chazar la hipótesis nº 11 en espera de que nuevas inve stigaciones más centradas en el tema, aporten una mayor claridad en este sentido.

Relacionada también con las atribuciones, la hipótesis nº 12 parece quedar claramente confirmada en -- cuanto a las dimensiones interno-externo, y estable- -- inestable, ya que efectivamente un alto porcentaje de sujetos "desvalidos" atribuyeron su fracaso a causas internas y estables. Sin embargo, debemos rechazar el punto que se refiere a la dimensión global-específica, ya que los "desvalidos" apenas hicieron atribuciones globales ante el fracaso, aunque tal y como hemos comentado en otro capítulo puede deberse a la mínima importancia que para ellos tenía la incontrolabilidad sobre los -- eventos de la prueba experimental.

Analizando ahora las cuestiones relacionadas con el "learned helplessness", como modelo de depresión, y centrándonos inicialmente en los déficits motivacionales y cognitivos, nuestros resultados indican la aparición de éstos en los sujetos depresivos, manifestada -- en forma de un rendimiento más bajo en tareas de habilidad.

Asimismo, la hipótesis nº 14, parece claramente -- confirmada ya que tanto en el experimento nº 2, como -- en el nº 3, los sujetos normales "no desvalidos" obtuvieron un rendimiento superior en las tareas correspondientes, al de los normales "desvalidos" y depresivos -- leves y moderados no encontrándose diferencias significativas entre estos tres grupos. Así pues, estos datos

obtenidos en ambos planteamientos experimentales, nos llevan a concluir que en estas circunstancias parecen existir unos déficits motivacionales y cognitivos tanto en el "learned helplessness" como en la depresión, similitud ésta que ya señaló Seligman (1975) al referirse a los síntomas de ambos, y que supone un apoyo para el desvalimiento aprendido como modelo de la depresión.

En lo que respecta al déficit emocional o afectivo, los resultados parecen sugerir la existencia de una nueva similitud entre el "learned helplessness" y la depresión.

En primer lugar, cabe destacar cómo los datos -- aportados por el cuestionario control de ansiedad completado al finalizar la fase de tratamiento del experimento nº 2, señalan la respuesta de ansiedad como un -- síntoma tanto del desvalimiento como de la depresión, ya que los sujetos normales "desvalidos" y los depresivos alcanzaron puntuaciones similares, y significativamente más elevadas que las obtenidas por los normales "no desvalidos".

Estos resultados, unidos a los del análisis correlacional del experimento nº 4, en el que se puede encontrar una correlación altamente positiva entre las --

puntuaciones del BDI y las de la escala de ansiedad inhibidora del MAE, suponen una nueva aportación que confirma en cierto modo que la ansiedad está muy unida a la depresión o al menos, a algunos tipos de depresión.

En segundo lugar, y tal y como hemos expuesto varias veces a lo largo del trabajo, parece lógico que los normales "desvalidos" no hayan alcanzado puntuaciones similares a los depresivos en los cuestionarios -- control de depresión del experimento nº 2, ya que la mínima importancia que probablemente tuvo para aquéllos la falta de control sobre los eventos, provocada durante las pruebas, pensamos que no es suficiente para que se equiparen con los depresivos en este punto del déficit afectivo. Sin embargo, el hecho de que hayan puntuado en este cuestionario por encima de los normales "no desvalidos" creemos que implica una leve aparición del déficit o al menos una cierta tendencia a que éste aparezca.

El déficit emocional o afectivo podría reflejarse inicialmente mediante una respuesta de ansiedad, y en la medida que persistiese la incontrolabilidad sobre los eventos o en la medida que éstos fuesen importantes para el sujeto, irían apareciendo poco a poco, regpuestas más características de la depresión que no tendrían por qué llegar a sustituir totalmente a la ansiedad.

dad, sino que tal y como muestran los resultados podrían ser compatibles.

Las hipótesis 16, 17, 18 y 19 que se refieren al déficit de auto-estima, parecen también confirmadas -- por nuestros hallazgos.

Como puede observarse en el experimento nº 2, un alto porcentaje de depresivos atribuye sus fracasos a causas internas, cree que los compañeros experimentales han rendido mejor que ellos, y mantienen esta misma creencia respecto al rendimiento futuro. En este sentido, los porcentajes alcanzados por los normales "desvalidos" no llegan a ser similares, pero reflejan una cierta aproximación, que teniendo en cuenta la mínima importancia que probablemente le concedieron a la incontrolabilidad sobre los eventos en las pruebas realizadas, parece suficiente para concluir que existe un déficit de auto-estima tanto en el desvalidamiento aprendido como en la depresión.

Estos resultados se ven además corroborados por los obtenidos en las comparaciones que se refieren a la atribución del éxito a causas externas. El porcentaje de depresivos que mostró este tipo de conducta puede considerarse como muy elevado, mientras que el de los normales "no desvalidos" es mínimo, y el de los "desva

lidos" se aproxima al de los primeros.

En lo que se refiere a los cambios de expectativa al estimar la probabilidad, los datos obtenidos nos empujan a rechazar las hipótesis 21 y 22, ya que los depresivos no mostraron menos cambios que los sujetos normales, tal y como sucedió en diversos estudios comentados en la parte teórica como los de Willis y Blaney (1978) y Sacco y Hokanson (1978).

Sin embargo, encontramos diferencias en la misma estimación de la probabilidad de éxito, ya que al finalizar la fase de tratamiento del experimento nº 2, los depresivos alcanzaron puntuaciones más bajas que los "no desvalidos" y más altas que los "desvalidos", lo que quizá puede explicarse teniendo en cuenta que la decepción de éstos ante el fracaso, puede ser mayor que la de aquéllos.

Estos datos nos sugieren que tanto el "learned helplessness" como la depresión podrían conducir a los sujetos a mostrar una estimación baja de la probabilidad de éxito.

Nos hubiese gustado profundizar más en este apartado, en el experimento nº 3, pero la amplitud que ya tenía el trabajo nos aconsejó postergar el intento hasta una nueva ocasión.

En cuanto al tipo de atribuciones que hacen los depresivos, podemos señalar que en las circunstancias en que hemos trabajado, mostraron una marcada tendencia a emitir atribuciones internas, estables y globales. Recordemos que los "desvalidos" se inclinaron en un porcentaje considerable por las internas, estables y específicas, lo que supone que en dos dimensiones atribucionales existe una similitud entre éstos y aquéllos.

Por último, pasando al análisis de las hipótesis complementarias, podemos observar cómo los grupos de depresivos del experimento nº 2 tienen una mayor puntuación en acontecimientos graves y dificultades importantes que los grupos de sujetos normales, lo que, unido a los resultados del experimento nº 4 indicando la existencia de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambos agentes provocadores y la puntuación en el BDI, confirma las hipótesis 26 y 27 y también los planteamientos de Brown y Harris (1978).

Sin embargo, no hemos encontrado diferencias importantes en este sentido entre "no desvalidos" y "desvalidos".

dos", por lo que debemos rechazar la hipótesis nº 29 -- consistente en que estas circunstancias sociales podrían crear una cierta propensión al desvalimiento, si bien no descartamos que puedan darse otros resultados -- en otras circunstancias.

En definitiva, los datos obtenidos en este apartado, sugieren que no existe en el mismo una similitud entre "learned helplessness" y depresión.

En cuanto a la puntuación en los factores que crean vulnerabilidad, no hemos hallado ningún resultado que determine diferencias entre los distintos grupos que merezcan ser tenidas en cuenta, lo que corrobora la teoría de Brown y Harris (1978) cuando apuntan que estos factores tan sólo actúan en presencia de los agentes provocadores.

En las restantes variables correspondientes a las pruebas generales, parecen no existir tampoco similitudes entre el desvalimiento aprendido y la depresión, ya que como anteriormente hemos señalado, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de ellas entre "no desvalidos" y "desvalidos".

Por otro lado, las puntuaciones más altas de los depresivos con respecto a los normales en motivación ne

gativa y ansiedad perturbadora; y más bajas en asertividad en el experimento nº 2, junto a las correlaciones obtenidas entre estas variables y el BDI en el experimento nº 4 parecen indicar una tendencia de los sujetos depresivos a ser poco asertivos, tener poco interés por lo que hacen, y desarrollar respuestas de ansiedad que perturban el rendimiento. Esperamos que futuras investigaciones aporten nuevos datos en este sentido.

Una vez realizado este análisis del trabajo, y en un intento de resumir brevemente las conclusiones más importantes, hemos elaborado los siguientes puntos:

1. La percepción de una falta de control sobre los eventos o consecuencias produce déficits motivacionales y cognitivos, que se manifiestan en forma de un bajo rendimiento en tareas posteriores de habilidad.
2. Tales déficits se manifiestan también en los sujetos depresivos, lo que representa una similitud entre el "learned helplessness" y la depresión.
3. La percepción de una falta de control sobre los eventos o consecuencias produce un déficit --

emocional o afectivo, que se manifiesta en -
 forma de puntuaciones altas en cuestionarios
 de ansiedad y depresión.

4. Este déficit emocional o afectivo aparece también
 en los sujetos depresivos, lo que representa
 una nueva similitud entre el desvalimiento -
 aprendido y la depresión.
5. La percepción de una falta de control sobre los -
 eventos o consecuencias produce un déficit de
 auto-estima que se manifiesta mediante atribu-
 ciones internas ante el fracaso, creencia de
 que otros rendirán mejor en el futuro y atri-
 buciones externas ante el éxito.
6. Este déficit de auto-estima se presenta también -
 en los sujetos depresivos, lo que representa
 otra vez una similitud entre el "learned help-
 lessness" y la depresión.
7. Ni la percepción de una falta de control sobre los
 eventos o consecuencias, ni la depresión in--
 fluyen en los cambios de expectativa que ha--
 cen los sujetos al estimar la probabilidad -
 que tienen de obtener un éxito.
8. Parece ser que tales cambios de expectativa depen-
 de la dimensión atribucional de estabilidad.
 Aquellos sujetos que atribuyen su fracaso a -

causas estables mostraron menos cambios que -
los que lo hicieron a causas inestables.

9. Tanto los sujetos que perciben una falta de control sobre los eventos o consecuencias, como los sujetos depresivos, hacen bajas estimaciones sobre las probabilidades que tienen de obtener un éxito, lo que supone una similitud entre desvalimiento aprendido y depresión.
10. Tanto los sujetos que perciben una falta de control sobre los eventos o consecuencias, como los sujetos depresivos, tienden a atribuir su fracaso a causas internas y estables, lo que también supone una similitud entre el "learned helplessness" y la depresión.
11. Los sujetos que perciben una falta de control sobre los eventos o consecuencias tienden a atribuir su fracaso a causas específicas, mientras que los depresivos tienden a hacerlo a causas globales, por lo que este punto no constituye una similitud entre el desvalimiento aprendido y la depresión.
12. La cronicidad del desvalimiento parece depender de la dimensión atribucional de estabilidad. Aquellos sujetos que atribuyeron su fracaso a causas estables, obtuvieron un rendimiento más bajo en tareas posteriores, que aquellos

otros que lo hicieron a causas inestables.

13. Los datos obtenidos rechazan la hipótesis consistente en que la generalización del "learned - helplessness" depende de la dimensión atribucional global-específica.

14. Los sujetos depresivos manifestaron tener más -- acontecimientos graves y dificultades importantes que los sujetos normales, mientras que no se encontraron diferencias en este sentido entre "no desvalidos" y "desvalidos", por lo que tampoco aquí encontramos una similitud entre desvalimiento aprendido y depresión.

15. La depresión parece estar asociada con la falta - de asertividad, la motivación negativa y la - ansiedad inhibidora del rendimiento.

Así pues, parece que nuestros datos confirman la - existencia de un modelo consistente en la percepción de una falta de control sobre los eventos o consecuencias, y que presenta cuatro tipos de déficits.

Los mismos déficits son también propios de los trastornos depresivos, y por lo tanto podemos apuntar en este sentido una similitud entre éstos y el desvalimiento

aprendido, lo que unido a otras coincidencias encontradas en otros apartados relacionados con el tema, supone un cierto apoyo para el "learned helplessness" como modelo de depresión.

Finalmente, queremos indicar que somos conscientes de las limitaciones de nuestro trabajo, y comprendemos que serán necesarias nuevas investigaciones que afronten cada uno de los puntos aquí tratados, centrándose más en cada uno de ellos, y a ser posible con un mayor rigor científico, aunque en este sentido hemos intentado hacerlo lo mejor que nuestras circunstancias nos han permitido.

Esperemos que nuestro esfuerzo, al menos suponga una leve aportación en lengua castellana al tema del desvalimiento aprendido, y por supuesto al de la depresión, y que su lectura sirva para despertar nuevas inquietudes en el estudio de ambos.

NOTAS

- ABRAMSON, L.Y. , SELIGMAN, M.E.P., y TEASDALE, J.D. --
(1.978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 49-74
- BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1.978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in - Women". Tavistock Publications.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1.973). "Depression and the Perception of Reinforcement". Journal of Abnormal Psychology, 82,62-73
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P., (1.975). "Depression - and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- SACCO, W.P. y HOKANSON, J.E. (1.978). "Expectations of - Success and Anagram Performance of Depressives in a Public and Private Setting". Journal of Abnormal Psychology. 87,122-130.
- SELIGMAN, M.E.P. (1.975). "Helplessness: On Depression, Development and Death". San Francisco: Freeman.
- WILLIS, H.H. y BLANEY, P.H. (1.978). "Three Tests of the Learned Helplessness Model of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 131-136.

533

TERCERA PARTE

APENDICE

A. PRUEBAS GENERALES

CUESTIONARIO DE CIRCUNSTANCIAS SOCIALES
FACILITADORAS DE LA DEPRESION

A/-¿Has sufrido durante el último año los siguientes acontecimientos y/o pérdidas graves? Si es así, dí nos cuántos y valora de 1 a 5 puntos la gravedad - de los acontecimientos o pérdidas.

- 1.- Separación o amenaza de separación de un ser querido muy allegado (incluyendo la separación por fallecimiento).
- 2.- Revelación de algún aspecto que se considere negativo sobre alguna persona muy allegada que fuera a hacer una nueva evaluación sobre esa persona y de la forma de relacionarse con ella. (p.ej. que tu cónyuge te engaña o el médico te dice - que tu hijo es deficiente mental).
- 3.- Enfermedad que puede costarle la vida a una persona muy allegada.
- 4.- Pérdida o contratiempo material (dinero, bienes) o la amenaza de que esto pudiera ocurrir.
- 5.- Cambio forzado de residencia o amenaza - de que fuese a suceder.

6.- Otros acontecimientos o pérdidas graves.

B/- OTRAS CUESTIONES.

7.- Dónde y con quién vives normalmente.

8.- Si tienes hijos viviendo en casa contigo
dínos cuáles son sus edades.

9.- ¿Te gusta la casa donde vives? Valora de
10 a 5 puntos cuánto te gusta.

10.- ¿Crees que en la vivienda en que habitas
hay espacio suficiente para que tú y los
que viven contigo realiceis vuestra vida
satisfactoriamente?. (Señala la respues-
ta correcta).

- Sobra espacio
- Hay bastante espacio
- Tenemos el espacio suficiente
- Falta algo de espacio
- No tenemos apenas espacio

11.- ¿Tienes que colaborar en el trabajo de la
casa donde vives?

- Nunca
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

12.- Valora de 10 a 5 puntos cuánto te gusta hacerlo.

13.- ¿Has tenido en los dos últimos años dificultades con tus padres?

- Nunca
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

14.- Si ha sido así, valora de 1 a 5 la gravedad de estas dificultades.

15.- ¿Has tenido en los dos últimos años dificultades con tus hermanos?

- Nunca
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

16.- Si ha sido así, valora de 1 a 5 puntos la gravedad de estas dificultades.

17.- ¿Has tenido en los dos últimos años dificultades con otras personas que vivan en tu residencia?

- Nunca
- Algunas veces

- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

18.- Si es así, valora de 1 a 5 la gravedad -
de estas dificultades.

19.- ¿Crees que en los últimos dos años han -
existido dificultades entre tus padres?

- Nunca
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

20.- Si es así, valora de 1 a 5 la gravedad -
de estas dificultades.

21.- ¿Cuál es la fuente de tus ingresos?

22.- ¿Has tenido en los dos últimos años difi-
cultades económicas?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

23.- Si es así, valora de 1 a 5 la gravedad -
de estas dificultades.

24.- ¿Has tenido alguna enfermedad en los dos últimos años?

- Nunca
- Alguna vez
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

25.- Si ha sido así, valora la gravedad de la misma de 1 a 5 puntos.

26.- ¿Algún miembro de tu familia o algún otro ser querido ha sufrido alguna enfermedad durante los dos últimos años? (Si hay va rios casos, señala el de más duración).

- Nunca
- Alguna vez
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

27.- Si es así, valora la gravedad de la misma de 1 a 5 puntos.

28.- ¿Durante los dos últimos años has tenido que cambiar tu plan de vida por culpa de alguna enfermedad tuya, de familiares o de seres queridos?

- Nunca
- Alguna vez

- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

29.- Si es así, valora la naturaleza de ese cambio de vida de 1 a 5 puntos.

30.- ¿Durante los dos últimos años has tenido algún otro tipo de dificultad?

- Estudios o trabajo
- Amistades
- Tiempo libre
- Otras

31.- Si es así, ¿con qué frecuencia se han manifestado?

- Alguna vez
- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

32.- Si es así, valora de 1 a 5 puntos la gravedad de las mismas.

33.- ¿Mantienes una relación entrañable, íntima y confidente con tu marido o mujer, - novio o novia, o algún amigo o amiga muy allegado?

- Nunca
- Algunas veces

- 540

- Bastante a menudo
- Casi siempre
- Continuamente

34.- Si es así, ¿cuál es la intensidad de esta relación valorada de 1 a 5 puntos?

35.- ¿Murió tu madre antes de que tuvieras on
ce años?

ITEMS CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS PUNTUACIONES
DEL CUESTIONARIO DE CIRCUNSTANCIAS SOCIALES
FACILITADORAS DE LA DEPRESION

1) "ACONTECIMIENTOS GRAVES"

ITEMS	1
	2
	3
	4
	5
	6

2) "DIFICULTADES IMPORTANTES"

ITEMS	9
	10
	11-12
	13-14
	15-16
	17-18
	19-20
	22-23
	24-25
	26-27
	28-29
	31-32

3) "FACTORES QUE CREAN VULNERABILIDAD"

ITEMS	8
	33-34
	35

Los items agrupados en parejas se refieren a la frecuencia y a la intensidad de una misma cuestión.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (D.D.I.)
CON LA PUNTUACION CORRESPONDIENTE
A CADA UNA DE LAS RESPUESTAS

Señale con una cruz el círculo delante de la frase que mejor refleje su situación actual entre las posibles respuestas de cada uno de los 19 apartados.

PUNT

- (2) ¹.0 Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- (0) 0 No me encuentro triste.
- (1) 0 Me siento algo triste y deprimido.
- (3) 0 Ya no puedo soportar esta pena.
- (2) 0 Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.
-
- (1) ².0 Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
- (2) 0 Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
- (0) 0 No soy especialmente pesimista ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
- (2) 0 No espero nada bueno de la vida.
- (3) 0 No espero nada. Esto no tiene remedio.
-
- (3) ³.0 He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.)
- (1) 0 He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.

- (2) 0 Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
- (2) 0 Veo mi vida llena de fracasos.
- (0) 0 No me considero fracasado.

- (3) 4. 0 Ya nada me llena.
- (1) 0 Me siento insatisfecho conmigo mismo.
- (1) 0 Ya no me divierte lo que antes me divertía.
- (0) 0 No estoy especialmente insatisfecho.
- (3) 0 Estoy harto de todo.

- (1) 5. 0 A veces me siento despreciable y mala persona.
- (2) 0 Me siento bastante culpable.
- (2) 0 Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona.
- (3) 0 Me siento muy infame (perverso, canalla) y -- despreciable.
- (0) 0 No me siento culpable.

- (1) 6. 0 Estoy descontento conmigo mismo.
- (1) 0 No me aprecio.
- (3) 0 Me odio (me desprecio).
- (2) 0 Estoy asqueado de mí.
- (0) 0 Estoy satisfecho de mí mismo.

- (0) 7. 0 No creo ser peor que otros.
- (2) 0 Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal.
- (3) 0 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- (2) 0 Siento que tengo muchos y muy graves defectos.

- (1) 0 Me critico mucho a causa de mis debilidades y defectos.
- (1) 8.0 Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
- (2) 0 Siento que estaría mejor muerto.
- (2) 0 Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
- (3) 0 Me mataría si pudiera.
- (0) 0 No tengo pensamientos de hacerme daño.
- (0) 9.0 No lloro más de lo habitual.
- (3) 0 Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún - queriéndolo.
- (2) 0 Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
- (1) 0 Ahora lloro más de lo normal.
- (0) 10.0 No estoy más irritable que normalmente.
- (1) 0 Me irrito con más facilidad que antes.
- (2) 0 Me siento irritado todo el tiempo.
- (3) 0 Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
- (3) 11.0 He perdido todo mi interés por los demás y - no me importa en absoluto.
- (1) 0 Me intereso por la gente menos que antes.
- (0) 0 No he perdido mi interés por los demás.
- (2) 0 He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

- (1)¹². 0 Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro -
evitar el tomar decisiones.
- (0) 0 Tomo mis decisiones como siempre.
- (3) 0 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
- (2) 0 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

- (0)¹³. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- (2) 0 Tengo que esforzarme mucho para hacer cual--
quier cosa.
- (3) 0 No puedo trabajar en nada.
- (1) 0 Necesito un esfuerzo extra para empezar a ha
cer algo.
- (1) 0 No trabajo tan bien como lo hacía antes.

- (0)¹⁴. 0 Duermo tan bien como antes.
- (1) 0 Me despierto más cansado por la mañana.
- (2) 0 Me despierto una o dos horas antes de lo nor
mal y me resulta difícil volver a dormir.
- (2) 0 Tardo una o dos horas en dormirme por la no-
che.
- (2) 0 Me despierto sin motivo en mitad de la noche
y tardo en volver a dormirme.
- (3) 0 Me despierto temprano todos los días y no du
duermo más de 5 horas.
- (3) 0 Tardo más de dos horas en dormirme y no duer
mo más de 5 horas.
- (3) 0 No logro dormir más de tres o cuatro horas -
seguidas.

- (1)¹⁵. 0 Me canso más fácilmente que antes.
 (2) 0 Cualquier cosa que hago me fatiga.
 (0) 0 No me canso más de lo normal.
 (3) 0 Me canso tanto que no puedo hacer nada.

- (3)¹⁶. 0 He perdido totalmente el apetito.
 (1) 0 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 (2) 0 Mi apetito es ahora mucho menor.
 (0) 0 Tengo el mismo apetito de siempre.

- (0)¹⁷. 0 No he perdido peso últimamente.
 (1) 0 He perdido más de $2\frac{1}{2}$ kilos.
 (2) 0 He perdido más de 5 kilos.
 (3) 0 He perdido más de $7\frac{1}{2}$ kilos.

- (2)¹⁸. 0 Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
 (1) 0 Estoy preocupado por dolores y trastornos.
 (0) 0 No me preocupa mi salud más de lo normal.
 (3) 0 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

- (1)¹⁹. 0 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 (3) 0 He perdido todo interés por el sexo.
 (2) 0 Apenas me siento atraído sexualmente.
 (0) 0 No he notado ningún cambio en mi atracción -
 por el sexo.

ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Indique, mediante el código siguiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- +3.- Muy característico en mí, muy descriptivo.
- +2.- Bastante característico en mí, bastante descriptivo.
- +1.- Algo característico en mí, ligeramente descriptivo.
- 1.- Algo raro en mí, poco descriptivo.
- 2.- Bastante extraño en mí.
- 3.- Muy poco característico en mí.

1. Mucha gente parece ser más agresiva y asertiva que yo. _____ x
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez. _____ x
3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al camarero o camarera. _____
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado. _____ x

5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no". _____ x
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué. _____
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión. _____
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición. _____
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí. _____ x
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños. _____
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo. _____ x
12. Rehúyo telefonear a instituciones o empresas. _____
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales. _____ x
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado. _____ x

15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, -
prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto. _____

16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer ton
to. _____ x

17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterar
me tanto como para ponerme a temblar. _____ x

18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista. _____

19. Evito discutir sobre precios con dependientes o -
vendedores. _____ x

20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello. _____

21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. _____

22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le (la) busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes. _____

23. Con frecuencia paso un mal rato al decir
"no". _____ x

24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una
escena. _____ x
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante,
protesto por un mal servicio. _____
26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué res-
ponder. _____ x
27. Si dos personas en el teatro o en una conferen-
cia están hablando demasiado alto, les digo que
se callen o que se vayan a hablar a otra parte.

28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo -
abiertamente la atención. _____
29. Expreso mis opiniones con facilidad. _____
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.

Para obtener la puntuación total es necesario -
invertir el signo de los items que tienen el asteris-
co antes de sumar todas las respuestas.

CUESTIONARIO IAE DE PELECHANO

1. Si hago algunos fallos seguidos mi estado de ánimo se va a pique. SI NO
2. Las tareas demasiado difíciles las echo de lado con gusto. SI NO
3. Frecuentemente empiezo cosas que después no termino. SI NO
4. Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la suficiente confianza en mí mismo como para ponerlos en práctica. SI NO
5. Yo podría rendir más si no se me exigiese tanto. SI NO
6. Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes la crítica de los demás me produce una gran ansiedad. SI NO
7. Estoy contento cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna. SI NO
8. Una vida sin trabajar sería maravillosa. SI NO

9. El trabajo es para mí un asunto especialmente impor
tante. SI NO
10. Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo muy
frecuentemente que irá mal SI NO
11. Yo hago, como máximo, lo que se pide, y no más.
SI NO
12. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy --
lejos. SI NO
13. Estaría también contento si no tuviese que trabajar.
SI NO
14. En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambi--
ciosas pretensiones. SI NO
15. Normalmente trabajo más duro que mis compañeros.
SI NO
16. El trabajar duro y el disfrutar de la vida hacen --
buena pareja. SI NO
17. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad --
aún cuando no estuviera pagado como debiera. SI NO
18. Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo.
SI NO

19. Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si es
tuviera en juego mi propio prestigio. SI NO
20. El estar nervioso me aguijonea para rendir más.
SI NO
21. Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de -
una prueba o gestión que he realizado. SI NO
22. Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi ta
lento. SI NO
23. Aprendo más del modo de vivir de los hombres que -
triunfan que de mi propia experiencia. SI NO
24. Me siento inquieto si estoy algunos días sin traba-
jar. SI NO
25. Después de hacer una prueba o tomar una resolución
sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta
que conozco los resultados. SI NO
26. Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa -
especial por él. SI NO
27. Sentimientos ligeros de ansiedad aceleran mi pensa-
miento. SI NO
28. Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta opor-
tunidad para ello. SI NO

29. Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil. SI NO
30. A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo - exigiría una mayor recompensa. SI NO
31. Lo más difícil para mí es siempre el comienzo de un nuevo trabajo. SI NO
32. Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos. SI NO
33. Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar - mucho y divertirse más si ello es posible. SI NO
34. Creo que soy bastante ambicioso. SI NO
35. Nada puede distraerme cuando empiezo a hacer un trabajo. SI NO
36. Alguna vez me hago cargo de tanto trabajo que no - tengo tiempo ni para dormir. SI NO
37. Los fracasos me afectan mucho. SI NO
38. Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme. SI NO
39. Tiendo a superarme cada vez más a mí mismo. SI NO

40. No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más -
que los demás. SI NO
41. He sido considerado siempre como muy ambicioso. SI NO
42. En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso. SI NO
43. Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor. SI NO
44. En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mí una sensación de pánico. SI NO
45. No me puedo concentrar cuando trabajo contra reloj. SI NO
46. En las situaciones difíciles siento tal ansiedad - que me da casi lo mismo el resultado final. SI NO
47. Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir. SI NO
48. Si estoy un poco nervioso aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia. SI NO

49. Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago que se dé a mi trabajo sea a todas luces, - insuficiente. SI NO
50. Mis amigos dicen alguna vez que soy un vago. SI NO
51. Prefiero llevar muchas cosas a la vez aunque no las termine todas. SI NO
52. Los demás encuentran que yo trabajo demasiado. SI NO
53. Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que - siempre ando más ocupado que mis compañeros. SI NO
54. El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito. SI NO
55. Puedo trabajar mucho sin fatigarme. SI NO
56. En una situación difícil mi memoria se encuentra - fuertemente bloqueada. SI NO
57. Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo - hago normalmente. SI NO
58. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho - trabajo. SI NO

59. Prefiero hacer trabajos que llevan consigo cierta -
dificultad a hacer trabajos fáciles. SI NO
60. El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida. SI NO
61. Mi propia falta de voluntad se demuestra al compara--
rar mi éxito con el de los demás. SI NO
62. Normalmente alcanzo mejores resultados en situacio-
nes críticas. SI NO
63. Trabajo únicamente para ganarme la vida. SI NO
64. Me importa muy poco el que los demás trabajen más -
duro que yo. SI NO
65. Cuanto más difícil se torna una tarea tanto más me
animo a hacerme con ella. SI NO
66. Sinceramente, encuentro que en la actualidad los -
hombres trabajan demasiado. SI NO
67. Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo
necesario o lo debido (hacer horas extras, por -
ejemplo). SI NO
68. Yo me calificaría a mí mismo como vago. SI NO
69. Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo.
SI NO

70. En cuanto entro en la sala en donde se va a hacer -
una prueba (o de una situación comprometida) me - -
siento nervioso. Cuando comienzo a realizar la prueba
ba o comienza la situación, desaparece mi nerviosisis
no. SI NO
71. El triunfo de los otros me estimula. SI NO
72. Las situaciones difíciles, más que paralizarme, me -
estimulan. SI NO

ITEMS DE QUE SE COMPONE CADA UNO DE LOS FACTORES DEL
CUESTIONARIO MAE, INDICANDO EL LUGAR QUE OCUPAN
Y LA CLAVE DE CORRECCION

(M1) TENDENCIA A SOBRECARGA DE TRABAJO

nº 15..... SI
nº 18..... SI
nº 32..... SI
nº 34..... SI
nº 36..... SI
nº 40..... SI
nº 41..... SI
nº 49..... SI
nº 52..... SI
nº 53..... SI
nº 60..... SI

(M2) INDIFERENCIA LABORAL Y SEPARACION ENTRE EL MUN-
DO PRIVADO Y EL LABORAL

nº 2..... SI
nº 5..... SI
nº 8..... SI
nº 11..... SI
nº 13..... SI
nº 17..... NO
nº 23..... SI
nº 39..... NO
nº 47..... SI
nº 63..... SI
nº 66..... SI
nº 67..... SI

(M3) AUTOEXIGENCIA LABORAL

nº 3..... NO
nº 9..... SI
nº 19..... SI
nº 22..... SI
nº 24..... SI
nº 28..... NO
nº 35..... SI
nº 38..... NO
nº 46..... NO
nº 47..... NO
nº 50..... NO
nº 51..... NO
nº 55..... SI
nº 60..... SI
nº 61..... NO
nº 64..... NO
nº 68..... NO

(M4) MOTIVACION POSITIVA HACIA LA ACCION

AMBICION POSITIVA

nº 12..... SI
nº 14..... SI
nº 16..... SI
nº 26..... SI
nº 30..... SI
nº 33..... SI
nº 37..... SI
nº 39..... SI
nº 41..... SI
nº 54..... SI
nº 71..... SI

(A1) ANSIEDAD INHIBIDORA DEL RENDIMIENTO

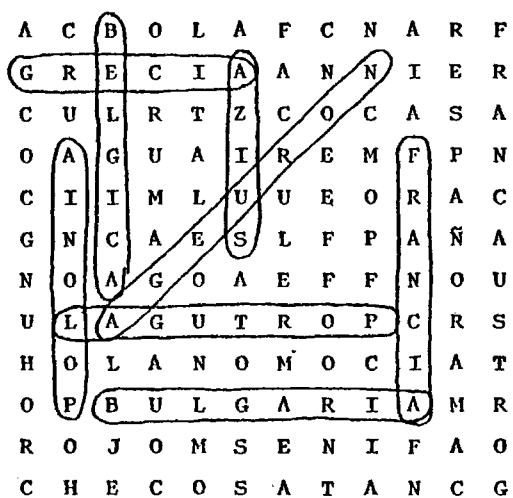
nº 1..... SI
 nº 4..... SI
 nº 6..... SI
 nº 10..... SI
 nº 21..... SI
 nº 25..... SI
 nº 29..... SI
 nº 31..... SI
 nº 37..... SI
 nº 42..... SI
 nº 44..... SI
 nº 45..... SI
 nº 56..... SI
 nº 69..... SI

(A2) ANSIEDAD FACILITADORA DEL RENDIMIENTO

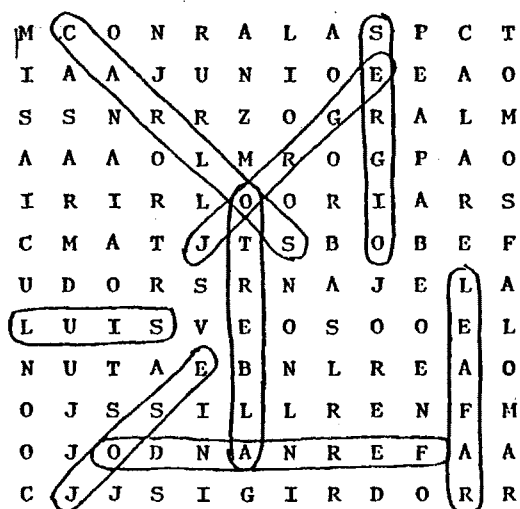
nº 7..... SI
 nº 17..... SI
 nº 20..... SI
 nº 27..... SI
 nº 43..... SI
 nº 48..... SI
 nº 57..... SI
 nº 58..... SI
 nº 59..... SI
 nº 62..... SI
 nº 65..... SI
 nº 70..... SI
 nº 72..... SI

Cada vez que la respuesta del sujeto coincide con la clave de respuesta, se suma un punto.

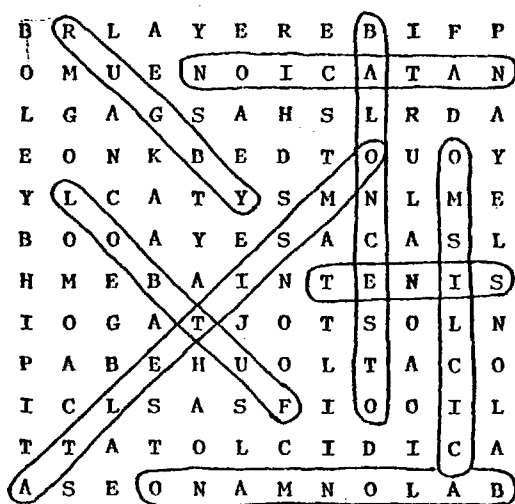
B. PRUEBAS ESPECIFICAS
DEL EXPERIMENTO 1



En este cuadro se encuentran los nombres de 8 -
 NACIONES EUROPEAS. Puedes encontrarlas en cualquier
 dirección. Tienes ¹⁰..... minutos para hacerlo.



En este cuadro se encuentran 8 NOMBRES DE VARON.
 Puedes encontrarlos en cualquier dirección. Tienes -
 10
 minutos para hacerlo.



En este cuadro se encuentran los nombres de 8 DE
PORTES. Puedes encontrarlos en cualquier dirección. -
Tienes 10 minutos para hacerlo.

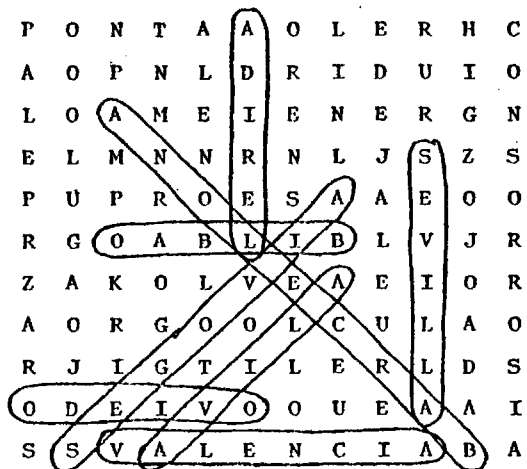
C	A	T	A	L	I	S	I	A	C	B	T
R	A	S	I	U	L	E	I	L	A	E	E
A	E	Y	I	S	S	E	B	A	R	G	R
S	V	O	O	A	B	U	I	E	M	O	E
T	I	L	B	S	U	N	S	C	E	T	S
I	R	A	E	U	O	I	A	A	N	A	I
N	O	N	A	S	T	O	E	R	N	M	E
A	C	A	T	A	R	A	L	I	P	A	L
O	I	R	R	M	S	O	E	E	R	L	E
J	U	L	A	A	I	R	N	V	T	I	B
N	R	E	M	O	N	I	C	A	O	O	Z
M	E	R	C	O	D	A	S	L	P	N	A

En este cuadro se encuentran 8 NOMBRES DE MUJER.
 Puedes encontrarlos en cualquier dirección. Tienes -
 10
 ... minutos para hacerlo.

567

O	M	A	N	Z	A	N	A	I	R	S	P
A	I	I	G	E	G	C	O	L	M	I	O
G	U	A	N	L	V	G	I	S	S	L	J
U	R	I	M	O	E	S	L	U	E	U	L
A	A	N	U	R	L	O	E	B	C	A	N
D	I	S	S	E	G	U	R	A	I	I	R
I	S	E	S	U	O	A	R	B	N	R	D
A	S	O	O	D	O	D	U	E	E	U	E
N	E	R	V	J	A	A	I	T	G	T	L
A	S	O	A	V	Q	L	A	D	A	U	G
N	I	T	G	A	O	T	O	L	A	N	T

En este cuadro se encuentran los nombres de 8 -
 RIOS. ESPAÑOLES. Los puedes hallar en cualquier direc-
 ción. Tienes ¹⁰.... minutos para hacerlo.



En este cuadro se encuentran los nombres de 8 -
 CIUDADES ESPAÑOLAS. Las puedes hallar en cualquier -
 dirección. Tienes ¹⁰.... minutos para hacerlo.

1281

C. PRUEBAS ESPECIFICAS
DEL EXPERIMENTO 2

SOPAS DE LETRAS1ª TANDA FASE DE TRATAMIENTO

B	R	L	A	Y	E	R	E	B	I	F	P
O	M	U	E	N	O	I	C	A	T	A	N
L	S	A	G	S	A	H	S	L	R	O	A
E	O	N	K	B	E	D	T	O	U	O	Y
Y	L	C	A	Y	Y	S	M	N	L	M	E
B	O	O	A	Y	E	S	A	C	A	S	L
H	M	E	B	A	I	N	T	E	N	I	S
I	O	G	A	T	J	U	T	S	O	L	N
P	A	B	E	H	U	S	L	T	A	C	O
I	C	L	S	A	S	F	I	O	O	I	C
T	T	A	T	O	L	C	I	D	I	C	A
A	S	E	O	N	A	M	N	O	L	A	B

571

O M A N Z A N A I R S P
A I I G E J C O L M I O
G U A N L V G J J S L J
A R I M O E S L U E U L
A A N U R L O E C C A N
D I S S E G U R A O I R
I S E S U O A R R N R D
A S J O D O D B E E U E
N E R V J A E I J G T L
A S E A V Q L A D A U G
N I T G A O T O L A N T

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B C L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

573

C R E Z P V E T S G I B A
Z M M U Ñ S T Ñ R O M P I
A R E P A N S O T N T R C
Z U L D I O C N O A Z M D
G Ñ O M D C A R U T D O G
O P C E N S E Ñ S A O A E
S C O Ñ A P Ñ U I L D N S
I N T P S O P M N P O C O
N Z O I Ñ M O E S L T Ñ D
T A N A Z N A M E O P E R
D G I Ñ E D S M R M Z S S
M C O P U Z E A L C N O R

574

D	R	L	A	Y	E	R	E	B	I	F	P
O	M	U	E	N	O	I	C	A	T	A	N
L	S	A	G	S	A	H	S	L	R	O	A
E	O	N	K	B	E	D	T	O	U	O	Y
Y	L	C	A	Y	Y	S	M	N	L	M	E
B	O	O	A	Y	E	S	A	C	A	S	L
H	M	E	B	A	I	N	T	E	N	I	S
I	O	G	A	T	J	U	T	S	O	L	N
P	A	B	E	H	U	S	L	T	A	C	O
I	C	L	S	A	S	F	I	O	O	I	C
T	T	A	T	O	L	C	I	D	I	C	A
A	S	E	O	N	A	M	N	O	L	A	B

575

C	A	T	A	L	I	S	I	A	C	B	T
R	A	S	I	U	L	E	I	L	A	E	E
E	I	Y	I	S	S	E	B	A	H	G	R
S	V	O	A	A	B	U	I	E	M	O	E
T	I	L	B	S	U	N	S	C	E	Ñ	S
I	R	A	E	U	O	A	A	A	N	A	I
N	O	N	A	S	T	O	E	R	N	M	E
A	C	R	T	A	L	S	R	G	I	A	L
O	I	R	R	M	Ñ	O	E	E	R	L	E
J	U	L	A	A	I	R	N	V	T	I	B
Ñ	R	E	M	O	N	I	C	A	O	Ñ	Z
M	E	R	C	O	D	A	S	L	P	N	A

576

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

577

A C B O L A F C N A R F
G R E C I A A N N I E R
C U L R T Z C O C A S A
O A G U A I R E M F P N
C I I M L U U E O R A C
G N C A E S L F P A Ñ A
N O A G O A E F F N O U
U L A G U T R O P C R S
H O L A N O M O C I A T
O P B U L G A R I A M R
R O J E M S E N I F A O
C H E C O S A T A N C G

B R L A Y E R E B I F P
O M U E N O I C A T A N
L S A G S A H S L R O A
E O N K B E D T O U O Y
Y L C A Y Y S M N L M E
B O O A Y E S A C A S L
H M E B A I N T E N I S
I O G A T J U T S O L N
P A B E H U S L T A C O
I C L S A S F I O O I C
T T A T O L C I D I C A
A S E O N A M N O L A B

579

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B O L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

C A T A L I S I A C B T
R A S I U L E I L A E E
E I Y I S S E B A H G R
S V O A A B U I E M O E
T I L B S U N S C E Ñ S
I R A E U O A A A N A I
N O N A S T O E R N M E
A C R T A L S R G I A L
O I R R M Ñ O E E R L E
J U L A A I R N V T I B
Ñ R E M O N I C A O Ñ Z
M E R C O D A S L P N A

581

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

C	R	E	Z	P	V	E	T	S	G	I	B	A
Z	M	U	Ñ	S	T	Ñ	R	O	M	P	I	
A	R	E	P	A	N	S	O	T	N	T	R	C
Z	U	L	D	I	O	C	N	O	A	Z	M	D
G	Ñ	O	M	D	C	A	R	U	T	D	O	G
O	P	C	E	N	S	E	Ñ	S	A	O	A	E
S	C	O	Ñ	A	P	Ñ	U	I	L	D	N	S
I	N	T	P	S	O	P	M	N	P	O	C	O
N	Z	O	I	Ñ	M	O	E	S	L	T	Ñ	D
T	A	N	A	Z	N	A	M	E	O	P	E	R
D	G	I	Ñ	E	D	S	M	R	M	Z	S	S
M	C	O	P	U	Z	E	A	L	C	N	O	R

A C B O L A F C N A R F
G R E C I A A N N I E R
C U L R T Z C O C A S A
O A G U A I R E M F P N
C I I M L U U E O R A C
G N C A E S L F P A Ñ A
N O A G O A E F F N O U
U L A G U T R O P C R S
H O L A N O M O C I A T
O P B U L G A R I A M R
R O J E M S E N I F A O
C H E C O S A T A N C G

O	M	A	N	Z	A	N	A	I	R	S	P
A	I	I	G	E	J	C	O	L	M	I	O
G	U	A	Ñ	L	V	G	J	J	S	L	J
A	R	I	M	O	E	S	L	U	E	U	L
A	A	Ñ	U	R	L	O	E	C	C	A	N
D	I	S	S	E	G	U	R	A	O	I	R
I	S	E	S	U	O	A	R	R	N	R	D
A	S	J	O	D	O	D	B	E	E	U	E
N	E	R	V	J	A	E	I	J	G	T	L
A	S	E	A	V	Q	L	A	D	A	U	G
N	I	T	G	A	O	T	O	L	A	N	T

585

2ª TANDA FASE DE TRATAMIENTO

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

C R E Z P V E T S G I B A
 Z M M U Ñ S T Ñ R O M P I
 A R E P A N S O T N T R C
 Z U L D I O C N O A Z M D
 G Ñ O M D C A R U T D O G
 O P C E N S E Ñ S A O A E
 S C O Ñ A P Ñ U I L D N S
 I N T P S O P M N P O C O
 N Z O I Ñ M O E S L T Ñ D
 T A N A Z N A M E O P E R
 D G I Ñ E D S M R M Z S S
 M C O P U Z E A L C N O R

587

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

O M A N Z A N A I R S P
A I I G E J C O L M I O
G U A Ñ L V G J J S L J
A R I M O E S L U E U L
A A Ñ U R L O E C C A N
D I S S E G U R A O I R
I S E S U O A R R N R D
A S J O D O D B E E U E
N E R V J A E I J G T L
A S E A V Q L A D A U G
N I T G A O T O L A N T

589

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

A C B O L A F C N A R F
G R E C I A A N N I E R
C U L E R T Z C O C A S A
O A G U A I R E M F P N
C I I M L U U E O R A C
G N C A E S L F P A Ñ A
N O A G O A E F F N O U
U L A G U T R O P C R S
H O L A N O M O C I A T
O P B U L G A R I A M R
R O J E M S E N I F A O
C H E C O S A T A N C G

C	R	E	Z	P	V	E	T	S	G	I	B	A
Z	M	M	U	N	S	T	N	R	O	M	P	I
A	R	E	P	A	N	S	O	T	N	T	R	C
Z	U	L	D	I	O	C	N	O	A	Z	M	D
G	N	O	M	D	C	A	R	U	T	D	O	G
O	P	C	E	N	S	E	N	S	A	O	A	E
S	C	O	N	A	P	N	U	I	L	D	N	S
I	N	T	P	S	O	P	M	N	P	O	C	O
N	Z	O	I	N	M	O	E	S	L	T	N	D
T	A	N	A	Z	N	A	M	E	O	P	E	R
D	G	I	N	E	D	S	M	R	M	Z	S	S
M	C	O	P	U	Z	E	A	L	C	N	O	R

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B C L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

C A T A L I S I A C B T
R A S I U L E I L A E E
E I Y I S S E B A H G R
S V O A A B U I E M O E
T I L B S U N S C E Ñ S
I R A E U O A A A N A I
N O N A S T O E R N M E
A C R T A L S R G I A L
O I R R M Ñ O E E R L E
J U L A A I R N V T I B
Ñ R E M O N I C A O Ñ Z
M E R C O D A S L P N A

P	O	N	T	A	A	O	L	E	R	H	C
A	O	P	N	L	D	R	I	D	U	P	O
L	O	A	M	A	I	R	O	S	R	O	N
E	L	A	N	O	R	E	G	J	S	N	S
P	U	P	R	O	E	S	A	A	E	T	O
R	G	O	A	B	L	I	B	L	V	E	R
Z	A	M	O	L	V	E	A	E	I	V	E
A	O	R	G	O	O	L	C	U	L	E	O
R	J	I	G	T	I	L	P	R	L	D	S
O	D	E	I	V	O	O	U	E	A	R	I
S	S	V	A	L	E	N	C	I	A	P	A

595

O M A N Z A N A I R S P
A I I G E J C O L M I O
G U A Ñ L V G J J S L J
A R I M O E S L U E U L
A A Ñ U R L O E C C A N
D I S S E G U R A O I R
I S E S U O A R R N R D
A S J O D O D B E E U E
N E R V J A E I J G T L
A S E A V Q L A D A U G
N I T G A O T O L A N T

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

597

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

599

B	R	L	A	Y	E	R	E	B	I	F	P
O	M	U	E	N	O	I	C	A	T	A	N
L	S	A	G	S	A	H	S	L	R	O	A
E	O	N	K	B	E	D	T	O	U	O	Y
Y	L	C	A	Y	Y	S	M	N	L	M	E
B	O	O	A	Y	E	S	A	C	A	S	L
H	M	E	B	A	I	N	T	E	N	I	S
I	O	G	A	T	J	O	T	S	O	L	N
P	A	B	E	H	U	S	L	T	A	C	O
I	C	L	S	A	S	F	I	O	O	I	C
T	T	A	T	O	L	C	I	D	I	C	A
A	S	E	O	N	A	M	N	O	L	A	B

600

3ª TANDA FASE DE TRATAMIENTO

A	C	B	O	L	A	F	C	N	A	R	F
G	R	E	C	I	A	A	N	N	I	E	R
C	U	L	R	T	Z	C	O	C	A	S	A
O	A	G	U	A	I	R	E	M	F	P	N
C	I	I	M	L	U	U	E	O	R	A	C
G	N	C	A	E	S	L	F	P	A	Ñ	A
N	O	A	G	O	A	E	F	F	N	O	U
U	L	A	G	U	T	R	O	P	C	R	S
H	O	L	A	N	O	M	O	C	I	A	T
O	P	B	U	L	G	A	R	I	A	M	R
R	O	J	E	M	S	E	N	I	F	A	O
C	H	E	C	O	S	A	T	A	N	C	G

601

C R E Z P V E T S G I B A
Z M M U Ñ S T Ñ R O M P I
A R E P A N S O T N T R C
Z U L D I O C N O A Z M D
G Ñ O M D C A R U T D O G
O P C E N S E Ñ S A O A E
S C O Ñ A P Ñ U I L D N S
I N T P S O P M N P O C O
N Z O I Ñ M O E S L T Ñ D
T A N A Z N A M E O P E R
D G I Ñ E D S M R M Z S S
M C O P U Z E A L C N O R

602

C	A	T	A	L	I	S	I	A	C	B	T
R	A	S	I	U	L	E	I	L	A	E	E
E	I	Y	I	S	S	E	B	A	R	G	R
S	V	O	A	A	B	U	I	E	M	O	E
T	I	L	B	S	U	N	S	C	E	Ñ	S
I	R	A	E	U	O	A	A	A	N	A	I
N	O	N	A	S	T	O	E	R	N	M	E
A	C	R	T	A	L	S	R	G	I	A	L
O	I	R	R	M	Ñ	O	E	E	R	L	E
J	U	L	A	A	I	R	N	V	T	I	B
Ñ	R	E	M	O	N	I	C	A	O	Ñ	Z
M	E	R	C	O	D	A	S	L	P	N	A

603

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

604

M	C	O	N	R	A	A	A	S	P	N	T
I	A	A	J	U	N	N	O	E	E	O	O
S	S	N	R	R	Z	D	G	R	D	M	M
A	J	A	O	L	M	R	O	G	P	A	O
I	R	A	R	L	O	E	R	I	A	R	S
C	M	A	V	J	T	S	B	O	B	E	F
U	D	O	R	I	R	N	A	J	E	L	A
L	U	I	S	V	E	O	S	O	O	E	L
N	U	T	A	E	B	R	L	R	E	A	O
O	J	S	S	I	L	L	R	E	N	F	N
O	J	O	D	N	A	N	R	E	F	A	A
C	J	J	S	I	G	I	R	D	O	R	R

605

O	M	A	N	Z	A	N	A	I	R	S	P
A	I	I	G	E	J	C	O	L	M	I	O
G	U	A	N	L	V	G	J	J	S	L	J
A	R	I	M	O	E	S	L	U	E	U	L
A	A	N	U	R	L	O	E	C	C	A	N
D	I	S	S	E	G	U	R	A	O	I	R
I	S	E	S	U	O	A	R	R	N	R	D
A	S	J	O	D	O	D	B	E	E	U	E
N	E	R	V	J	A	E	I	J	G	T	L
A	S	E	A	V	Q	L	A	D	A	U	G
N	I	T	G	A	O	T	O	L	A	N	T

606

A	C	B	O	L	A	F	C	N	A	R	F
G	R	E	C	I	A	A	N	N	I	E	R
C	U	L	E	R	T	Z	C	O	C	A	S
O	A	G	U	A	I	R	E	M	F	P	N
C	I	I	M	L	U	U	E	O	R	A	C
G	N	C	A	E	S	L	F	P	A	Ñ	A
N	O	A	G	O	A	E	F	F	N	O	U
U	L	A	G	U	T	R	O	P	C	R	S
H	O	L	A	N	O	M	O	C	I	A	T
O	P	B	U	L	G	A	R	I	A	M	R
R	O	J	E	M	S	E	N	I	F	A	O
C	H	E	C	O	S	A	T	A	N	C	G

607

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V E R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

O M A N Z A N A I R S P
A I I G E J C O L M I O
G U A Ñ L V G J J S L J
A R I M O E S L U E U L
A A Ñ U R L O E C C A N
D I S S E G U R A O I R
I S E S U O A R R N R D
A S J O D O D B E E U E
N E R V J A E I J G T L
A S E A V Q L A D A U G
N I T G A O T O L A N T

609

C A T A L I S I A C B T
R A S I U L E I L A E E
E I Y I S S E B A H G R
S V O A A B U I E M O E
T I L B S U N S C E Ñ S
I R A E U O A A A N A I
N O N A S T O E R N M E
A C R T A L S R G I A L
O I R R M Ñ O E E R L E
J U L A A I R N V T I B
Ñ R E M O N I C A O Ñ Z
M E R C O D A S L P N A

610

O	M	A	N	Z	A	N	A	I	R	S	P
A	I	I	G	E	J	C	O	L	M	I	O
G	U	A	N	L	V	G	J	J	S	L	J
A	R	I	M	O	E	S	L	U	E	U	L
A	A	N	U	R	L	O	E	C	C	A	N
D	I	S	S	E	G	U	R	A	O	I	R
I	S	E	S	U	O	A	R	R	N	R	D
A	S	J	O	D	O	D	B	E	E	U	E
N	E	R	V	J	A	E	I	J	G	T	L
A	S	E	A	V	Q	L	A	D	A	U	G
N	I	T	G	A	O	T	O	L	A	N	T

611

M C O N R A A A S P N T
I A A J U N N O E E O O
S S N R R Z D G R D M M
A J A O L M R O G P A O
I R A R L O E R I A R S
C M A V J T S B O B E F
U D O R I R N A J E L A
L U I S V E O S O O E L
N U T A E B R L R E A O
O J S S I L L R E N F N
O J O D N A N R E F A A
C J J S I G I R D O R R

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

613

M	C	O	N	R	A	A	S	P	N	T
I	A	A	J	U	N	N	O	E	E	O
S	S	N	R	R	Z	D	G	R	D	M
A	J	A	O	L	M	R	O	G	P	A
I	R	A	R	L	O	E	R	I	A	R
C	M	A	V	J	T	S	B	O	B	E
U	D	O	R	I	R	N	A	J	E	L
L	U	I	S	V	E	O	S	O	O	E
N	U	T	A	E	B	R	L	R	E	A
O	J	S	S	I	L	L	R	E	N	F
O	J	O	D	N	A	N	R	E	F	A
C	J	J	S	I	G	I	R	D	O	R

614

C R E Z P V E T S G I B A
Z M M U Ñ S T Ñ R O M P I
A R E P A N S O T N T R C
Z U L D I O C N O A Z M D
G Ñ O M D C A R U T D O G
O P C E N S E Ñ S A O A E
S C O Ñ A P Ñ U I L D N S
I N T P S O P M N P O C O
N Z O I Ñ M O E S L T Ñ D
T A N A Z N A M E O P E R
D G I Ñ E D S M R M Z S S
M C O P U Z E A L C N O R

EXPERIMENTO-2

"SOPAS DE LETRAS" UTILIZADAS EN LA FASE DE TRATAMIENTO
SOLUBLES E INSOLUBLES EN CADA UNO DE LOS CUATRO GRUPOS

<u>Nº DE SOPA</u>	<u>GRUPO</u> <u>A</u>	<u>GRUPO</u> <u>B</u>	<u>GRUPO</u> <u>C</u>	<u>GRUPO</u> <u>D</u>
<u>1ª TANDA</u>				
1	S	I	I	I
2	S	I	S	I
3	S	I	I	I
4	S	I	S	S
5	S	I	I	I
6	S	I	S	S
7	S	I	I	S
8	S	I	S	I
9	S	I	I	S
10	S	I	S	I
11	S	I	I	I
12	S	I	S	S
13	S	I	I	S
14	S	I	S	I
15	S	I	I	S

616

<u>Nº DE SOPA</u>	<u>GRUPO</u> <u>A</u>	<u>GRUPO</u> <u>B</u>	<u>GRUPO</u> <u>C</u>	<u>GRUPO</u> <u>D</u>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2ª TANDA

16	S	I	S	I
17	S	I	I	I
18	S	I	S	S
19	S	I	I	S
20	S	I	S	S
21	S	I	I	I
22	S	I	S	S
23	S	I	I	I
24	S	I	S	I
25	S	I	I	S
26	S	I	S	S
27	S	I	I	I
28	S	I	S	S
29	S	I	I	S
30	S	I	S	I

617

<u>Nº DE SOPA</u>	<u>GRUPO</u> <u>A</u>	<u>GRUPO</u> <u>B</u>	<u>GRUPO</u> <u>C</u>	<u>GRUPO</u> <u>D</u>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3ª TANDA

31	S	I	I	S
32	S	I	S	I
33	S	I	I	S
34	S	I	S	I
35	S	I	I	I
36	S	I	S	I
37	S	I	I	S
38	S	I	S	S
39	S	I	I	I
40	S	I	S	S
41	S	I	I	I
42	S	I	S	I
43	S	I	I	S
44	S	I	S	S
45	S	I	I	I

618

1ª TANDA FASE DE TEST

C	R	E	Z	P	V	E	T	S	G	I	B	A
Z	M	M	U	Ñ	S	T	Ñ	R	O	M	P	I
A	R	E	P	A	N	S	O	T	N	T	R	C
Z	U	L	D	I	O	C	N	O	A	Z	M	D
G	Ñ	O	M	D	C	A	R	U	T	D	O	G
O	P	C	E	N	S	E	Ñ	S	A	O	A	E
S	C	O	Ñ	A	P	Ñ	U	I	L	D	N	S
I	N	T	P	S	O	P	M	N	P	O	C	O
N	Z	O	I	Ñ	M	O	E	S	L	T	Ñ	D
T	A	N	A	Z	N	A	M	E	O	P	E	R
D	G	I	Ñ	E	D	S	M	R	M	Z	S	S
M	C	O	P	U	Z	E	A	L	C	N	O	R

619

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B C L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

C A T A L I S I A C B T
R A S I U L E I L A E E
E I Y I S S E B A H G R
S V O A A B U I E M O E
T I L B S U N S C E Ñ S
I R A E U O A A A N A I
N O N A S T O E R N M E
A C R T A L S R G I A L
O I R R M Ñ O E E R L E
J U L A A I R N V T I B
Ñ R E M O N I C A O Ñ Z
M E R C O D A S L P N A

621

P	O	N	T	A	A	O	L	E	R	H	C
A	O	P	N	L	D	R	I	D	U	P	O
L	O	A	M	A	I	R	O	S	R	O	N
E	L	A	N	O	R	E	G	J	S	N	S
P	U	P	R	O	E	S	A	A	E	T	O
R	G	O	A	B	L	I	B	L	V	E	R
Z	A	M	O	L	V	E	A	E	I	V	E
A	O	R	G	O	O	L	C	U	L	E	O
R	J	I	G	T	I	L	P	R	L	D	S
O	D	E	I	V	O	O	U	E	A	R	I
S	S	V	A	L	E	N	C	I	A	P	A

622

O M A N Z A N A I R S P
A I I G E J C O L M I O
G U A Ñ L V G J J S L J
A R I M O E S L U E U L
A A Ñ U R L O E C C A N
D I S S E G U R A O I R
I S E S U O A R R N R D
A S J O D O D B E E U E
N E R V J A E I J G T L
A S E A V Q L A D A U G
N I T G A O T O L A N T

623

M	C	O	N	R	A	A	A	S	P	N	T
I	A	A	J	U	N	N	O	E	E	O	O
S	S	N	R	R	Z	D	G	R	D	M	M
A	J	A	O	L	M	R	O	G	P	A	O
I	R	A	R	L	O	E	R	I	A	R	S
C	M	A	V	J	T	S	B	O	B	E	F
U	D	O	R	I	R	N	A	J	E	L	A
L	U	I	S	V	E	O	S	O	O	E	L
N	U	T	A	E	B	R	L	R	E	A	O
O	J	S	S	I	L	L	R	E	N	F	N
O	J	O	D	N	A	N	R	E	F	A	A
C	J	J	S	I	G	I	R	D	O	R	R

624

B R L A Y E R E B I F P
O M U E N O I C A T A N
L S A G S A H S L R O A
E O N K B E D T O U O Y
Y L C A Y Y S M N L M E
B O O A Y E S A C A S L
H M E B A I N T E N I S
I O G A T J U T S O L N
P A B E H U S L T A C O
I C L S A S F I O O I C
T T A T O L C I D I C A
A S E O N A M N O L A B

A	C	B	O	L	A	F	C	N	A	R	F	
G	R	E	C	I	A	A	N	N	I	E	R	
C	U	L	E	R	T	Z	C	O	C	A	S	A
O	A	G	U	A	I	R	E	M	F	P	N	
C	I	I	M	L	U	U	E	O	R	A	C	
G	N	C	A	E	S	L	F	P	A	Ñ	A	
N	O	A	G	O	A	E	F	F	N	O	U	
U	L	A	G	U	T	R	O	P	C	R	S	
H	O	L	A	N	O	M	O	C	I	A	T	
O	P	B	U	L	G	A	R	I	A	M	R	
R	O	J	E	M	S	E	N	I	F	A	O	
C	H	E	C	O	S	A	T	A	N	C	G	

626

C R E Z P V E T S G I B A
Z M M U Ñ S T Ñ R O M P I
A R E P A N S O T N T R C
Z U L D I O C N O A Z M D
G Ñ O M D C A R U T D O G
O P C E N S E Ñ S A O A E
S C O Ñ A P Ñ U I L D N S
I N T P S O P M N P O C O
N Z O I Ñ M O E S L T Ñ D
T A N A Z N A M E O P E R
D G I Ñ E D S M R M Z S S
M C O P U Z E A L C N O R

627

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B C L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

A C B O L A F C N A R F
G R E C I A A N N I E R
C U L T R T Z C O C A S A
O A G U A I R E M F P N
C I I M L U U E O R A C
G N C A E S L F P A Ñ A
N O A G O A E F F N O U
U L A G U T R O P C R S
H O L A N O M O C I A T
O P B U L G A R I A M R
R O J E M S E N I F A O
C H E C O S A T A N C G

629

P O N T A A O L E R H C
A O P N L D R I D U P O
L O A M A I R O S R O N
E L A N O R E G J S N S
P U P R O E S A A E T O
R G O A B L I B L V E R
Z A M O L V E A E I V R
A O R G O O L C U L E O
R J I G T I L P R L D S
O D E I V O O U E A R I
S S V A L E N C I A P A

630

M	C	O	N	R	A	A	A	S	P	N	T
I	A	A	J	U	N	N	O	E	E	O	O
S	S	N	R	R	Z	D	G	R	D	M	M
A	J	A	O	L	M	R	O	G	P	A	O
I	R	A	R	L	O	E	R	I	A	R	S
C	M	A	V	J	T	S	B	O	B	E	F
U	D	O	R	I	R	N	A	J	E	L	A
L	U	I	S	V	E	O	S	O	O	E	L
N	U	T	A	E	B	R	L	R	E	A	O
O	J	S	S	I	L	L	R	E	N	F	N
O	J	O	D	N	A	N	R	E	F	A	A
C	J	J	S	I	G	I	R	D	O	R	R

631

B R L A Y E R E B I F P
O M U E N O I C A T A N
L S A G S A H S L R O A
E O N K B E D T O U O Y
Y L C A Y Y S M N L M E
B O O A Y E S A C A S L
H M E B A I N T E N I S
I O G A T J O T S O L N
P A B E H U S L T A C O
I C L S A S F I O O I C
T T A T O L C I D I C A
A S E O N A M N O L A B

632

T C G A A I L P T O P O N
A P R R A L H A S D E S A
O L P T C G G O B C L I P
P L A R E T N A P I E T R
U P I O T O I C L C G I G
L O U L T A G B I L A L L
P E O A Z U B A U C I X I
G A R L A G U L A R P N N
P E R R U P I T U S O O A
T I E N R R U R O N G N R
Z S P A T G A C E L A S O
S C E L A P O L L U L A R

632

2ª TANDA FASE DE TEST

L A S A R T O L I M A S
E T L L S E E R E T I T
A P I A T U N F R I O A
U E M G A A F A J A C G
O L A I R G N U H L E R
D E C J A E S A I Q R A
M A L V N S R M J N E M
A T O I V A G A F O S E
R A T O N G R D E M I L
U C E A U U S A T I L A
N A R I E H U N G N L A N
D O Q U E B A R A J L A

I	G	N	R	U	G	S	D	Y	A	O	L
I	O	A	E	A	L	I	T	A	M	G	O
V	C	O	I	C	I	G	E	S	B	M	C
I	O	D	I	I	T	N	L	N	A	R	O
R	M	R	M	L	D	A	M	V	I	N	M
B	E	A	C	A	E	C	R	E	G	A	A
G	N	C	R	N	G	I	N	I	D	T	T
A	A	I	V	I	C	O	N	R	V	A	M
L	M	R	C	A	V	B	F	I	V	C	E
T	I	L	O	O	G	L	E	C	O	I	O
R	E	D	D	U	I	L	E	A	A	O	L
I	R	A	R	L	E	G	I	Z	N	N	C

635

M U E R G S T E R O U B
T A N U O E B B G R U T
E S Ñ R B S L R R R B E
E R G A R N F U O S L R
L U A D N E B S R T E G
E B L R H R S L B E R A
O R I I L O Z E U R T O
G X C U G N T E S U E N
A S S R E A O R B E R E
L E U E T R L O G L O S
B B O R E B O E A L R U
U R G E S N R G S E S B

636

L A S A R T O L I M A S
E T L L S E E R E T I T
A P O A T U N F R I O A
U E M G A A F A J A C G
O L A I R G N U H L E R
D E C J A E S A I Q R A
M A L V N S R M J N E M
A T O I V A G A F O S E
R A T O N G R D E M I L
U C E A U U S A T I L A
N A R I E H U N G N L A N
D O Q U E B A R A J L A

637

M	U	E	R	G	S	T	E	R	O	U	B
T	A	N	U	O	E	B	B	G	R	U	T
E	S	N	R	B	S	L	R	R	R	B	E
E	R	G	A	R	N	F	U	O	S	L	R
L	U	A	D	N	E	B	S	R	T	E	G
E	B	L	R	H	R	S	L	B	E	R	A
O	R	I	I	L	O	Z	E	U	R	T	O
G	X	C	U	G	M	T	E	S	U	E	N
A	S	S	R	E	A	O	R	B	E	R	E
L	E	U	E	T	R	L	O	G	L	O	S
B	B	O	R	E	B	O	E	A	L	R	U
U	R	G	E	S	N	R	G	S	E	S	B

I	G	N	R	U	G	S	B	Y	A	O	L
I	O	A	E	A	L	I	T	A	M	G	O
V	C	O	I	C	I	G	E	S	B	M	C
I	O	D	I	I	T	N	L	N	A	R	O
R	M	R	M	L	D	A	M	V	I	N	M
B	E	A	C	A	E	C	R	E	G	A	A
G	N	C	R	N	G	I	N	I	D	T	T
A	A	I	V	I	C	O	N	R	V	A	M
L	M	R	C	A	V	B	F	I	V	C	E
T	I	L	O	O	G	L	E	C	O	I	O
R	E	D	D	U	I	L	E	A	A	O	L
I	R	A	R	E	E	G	I	Z	N	N	C

639

L A S A R T O L I M A S
E T L L S E E R E T I T
A P O A T U N F R I O A
U E M G A A F A J A C G
O L A I R G N U H L E R
D E C J A E S A I Q R A
M A L V N S R M J N E M
A T O I V A G A F O S E
R A T O N G R D E M I L
U C E A U U S A T I L A
N A R I E H U N G N L A N
D O Q U E B A R A J L A

640

I G N R U G S B Y A O L
I O A E A L I T A M G O
V C O I C I G E S B M C
I O D I I T N L N A R O
R M R M L D A M V I N M
B E A C A E C R E G A A
G N C R N G I N I D T T
A A I V I C O N R V A M
L M R C A V B F I V C E
T I L O O G L E C O I O
R E D D U I L E A A O L
I R A R L E G I Z N N C

641

L A S A R T O L I M A S
E T L L S E E R E T I T
A P O A T U N F R I O A
U E M G A A F A J A C G
O L A I R G N U H L E R
D E C J A E S A I Q R A
M A L V N S R M J N E M
A T O I V A G A F O S E
R A T O N G R D E M I L
U C E A U U S A T I L A
N A R I E H U N G N L A N
D O Q U E B A R A J L A

642

M	U	E	R	G	S	T	E	R	O	U	B
T	A	N	U	O	E	B	B	G	R	U	T
E	S	Ñ	R	B	S	L	R	R	R	B	E
E	R	G	A	R	N	F	U	O	S	L	R
L	U	A	D	N	E	B	S	R	T	E	G
E	B	L	R	H	R	S	L	B	E	R	A
O	R	I	I	L	O	Z	E	Ú	R	T	O
G	X	C	U	G	M	T	E	S	U	E	N
A	S	S	R	E	A	O	R	B	E	R	E
L	E	U	E	T	R	L	O	G	L	O	S
B	B	O	R	E	B	O	E	A	L	R	U
U	R	G	E	S	N	R	G	S	E	S	B

643

L A S A R T O L I M A S
E T L L S E E R E T I T
A P O A T U N F R I O A
U E M G A A F A J A C G
O L A I R G N U H L E R
D E C J A E S A I Q R A
M A L V N S R M J N E M
A T O I V A G A F O S E
R A T O N G R D E M I L
U C E A U U S A T I L A
N A R I E H U N G N L A N
D O Q U E B A R A J L A

644

I G N R U G S B Y A O L
I O A E A L I T A M G O
V C O I C I G E S B M C
I O D I I T N L N A R O
R M R M L D A M V I N M
B E A C A E C R E G A A
G N C R N G I N I D T T
A A I V I C O N R V A M
L M R C A V B F I V C E
T I L O O G L E C O I O
R E D D U I L E A A O L
I R A R L E G I Z N N C

645

M U E R G S T E R O U B
T A N U O E B B G R U T
E S Ñ R B S L R R R B E
E R G A R N F U O S L R
L U A D N E B S R T E G
E B L R H R S L B E R A
O R I I L O Z E U R T O
G X C U G M T E S U E N
A S S R E A O R B E R E
L E U E T R L O G L O S
B B O R E B O E A L R U
U R G E S N R G S E S B

646

I	G	N	R	U	G	S	B	Y	A	O	L
I	O	A	E	A	L	I	T	A	M	G	O
V	C	O	I	C	I	G	E	S	B	M	C
I	O	D	I	I	T	N	L	N	A	R	O
R	M	R	M	L	D	A	M	V	I	N	M
B	E	A	C	A	E	C	R	E	G	A	A
G	N	C	R	N	G	I	N	I	D	T	T
A	A	I	V	I	C	O	N	R	V	A	M
L	M	R	C	A	V	B	F	I	V	C	E
T	I	L	O	O	G	L	E	C	O	I	O
R	E	D	D	U	I	L	E	A	A	O	L
I	R	A	R	L	E	G	I	Z	N	N	C

647

M U E R G S T E R O U B
T A N U O E B B G R U T
E S Ñ R B S L R R R D E
E R G A R N F U O S L R
L U A D N E B S R T E G
E B L R H R S L B E R A
O R I I L O Z E U R T O
G X C U G M T E S U E N
A S S R E A O R B E R E
L E U E T R L O G L O S
B B O R E B O E A L R U
U R G E S N R G S E S B

CUESTIONARIO-CONTROL GENERAL

1. ¿Cómo consideras que has resuelto las sopas de letras?
 - Muy bien
 - Bien
 - Regular
 - Mal
 - Muy mal

2. ¿A qué causa atribuyes que las hayas resuelto como dices en el apartado anterior?

3. Si las has resuelto bien o muy bien, ¿crees que puede haber otras personas de las que realizan la prueba que las haya podido resolver regular, mal o muy mal?. ¿Por qué?.

4. Si las has resuelto regular, mal o muy mal, ¿crees que puede haber otras personas de las que realizan esta prueba que las haya podido resolver bien o muy bien?. ¿Por qué?.

5. ¿Cómo crees que podrás resolver la próxima tanda de sopas de letras que te daremos a continuación?
 - Muy bien
 - Bien.
 - Regular
 - Mal
 - Muy mal

6. ¿Por qué lo crees así?

7. ¿Cómo crees que podrán resolver la próxima tanda -
de sopas de letras que daremos a continuación, las
restantes personas que realizan esta prueba?

- Muy bien

- Bien

- Regular

- Mal

- Muy mal

8. ¿Por qué lo crees así?

CUESTIONARIO-CONTROL DE ANSIEDAD

1. Con estos fallos seguidos mi estado de -
ánimo se ha ido a pique. SI NO
2. Me gustaría dejar de hacer "sopas de le-
tras" porque me falta confianza en mí : -
mismo para hacerlas correctamente. SI NO
3. Me produciría una gran ansiedad que los
demás supieran que no soy capaz de solu-
cionar correctamente las "sopas de le--
tras". SI NO
4. Pienso que las próximas "sopas de letras"
es muy probable que me salgan mal. SI NO
5. Siento ansiedad porque pienso que no he
realizado correctamente las "sopas de -
letras". SI NO
6. Creo que estaré en un cierto estado de
tensión hasta saber cómo lo han hecho -
los demás SI NO
7. Una de mis principales dificultades es
la ansiedad que siento cuando voy a re-
solver las "sopas de letras". SI NO

8. Lo más difícil para mí es comenzar una nueva sopa de letras. SI NO
9. Me afectan los fracasos en la resolución de las "sopas de letras". SI NO
10. Cuando veo que no encuentro el nombre -- que tengo que buscar me pongo nervioso. SI NO
11. No me puedo concentrar perfectamente en lo que estoy haciendo porque trabajo -- contra reloj. SI NO
12. Cuando lo veo difícil mi memoria se bloquea. SI NO
13. Creo que se me exige demasiado pidiéndome que resuelva correctamente la "sopa de letras". SI NO

CUESTIONARIO-CONTROL DE DEPRESION

Los números colocados entre paréntesis corresponden a la puntuación que se obtiene con cada una de las alternativas.

- (0) ^{1.} - No me encuentro triste
- (1) - Me siento algo triste
- (2) - No puedo soportar esta pena.

- (1) ^{2.} - Me siento desanimado
- (2) - Creo que nunca me recuperaré de este desánimo.
- (0) - No estoy nada desanimado

- (1) ^{3.} - Me siento fracasado
- (2) - Me siento más fracasado que la mayoría de las restantes personas
- (0) - No me siento en absoluto fracasado

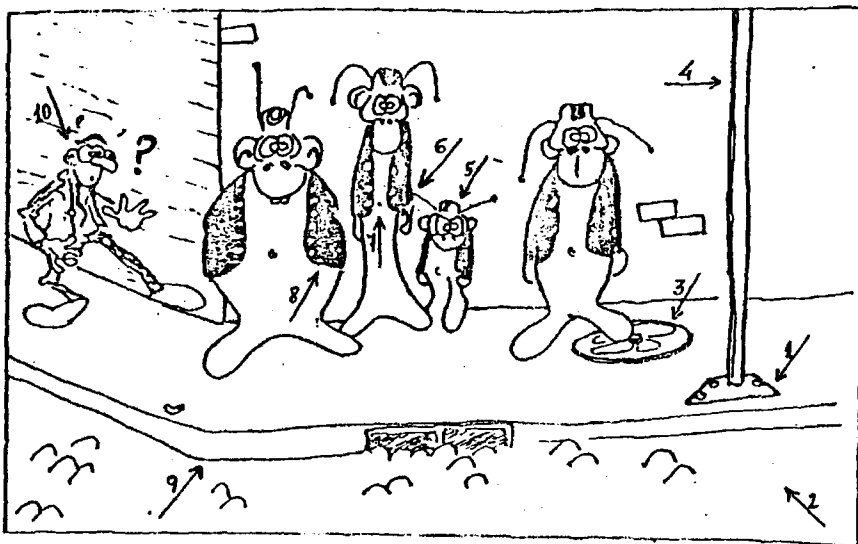
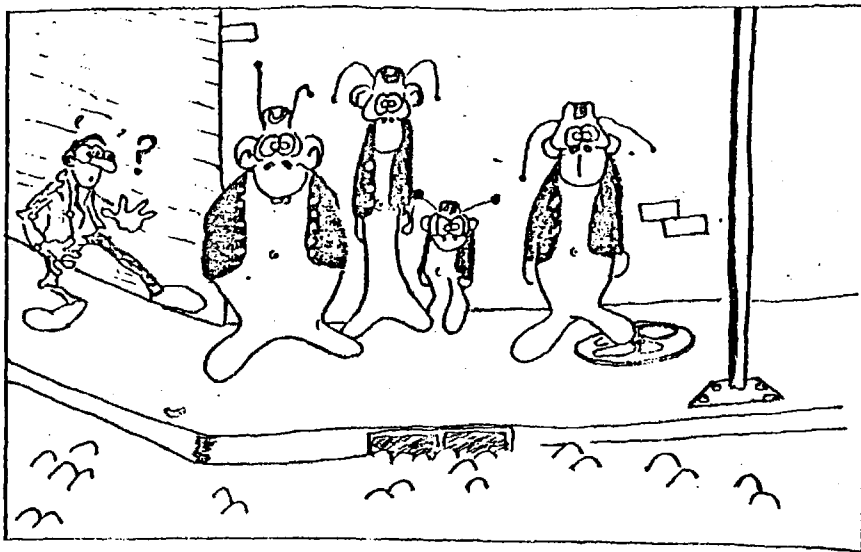
- (1) ^{4.} - Me siento insatisfecho
- (0) - No estoy especialmente insatisfecho
- (2) - Me siento muy insatisfecho

- (1) ^{5.} - Estoy descontento conmigo mismo
- (2) - Estoy realmente muy descontento conmigo mismo.
- (0) - No estoy descontento conmigo mismo

- (0) ^{6.} - No creo ser peor que otros
 - (1) - Creo que soy peor que otros
 - (2) - Creo que soy bastante peor que otros
-
- (0) ^{7.} - No estoy más irritable que normalmente
 - (1) - Me encuentro más irritable que normalmente
 - (2) - Estoy mucho más irritable que normalmente
-
- (2) ^{8.} - Ahora estoy muy inseguro de mí mismo
 - (1) - Me encuentro algo inseguro de mí mismo
 - (0) - No estoy inseguro de mí mismo

654

DIBUJO DE LOS DIEZ ERRORES



D. PRUEBAS ESPECIFICAS
DEL EXPERIMENTO 3

EXPERIMENTO-3MODELOS UTILIZADOS EN LA PARTE "A"

	<u>SUJETO COMENZADA</u> <u>CON "PAR"</u>	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "IMPAR"</u>
<u>MODELO</u> <u>nº1</u>	I	P
	P	I
	I	P
	P	I
	I	P
	P	I
	etc	etc
<u>MODELO</u> <u>nº2</u>	I	P
	I	P
	P	I
	I	P
	I	P
	P	I
	etc	etc

SUJETO COMENZABA
CON "PAR"

SUJETO COMENZABA
CON "IMPAR"

MODELO
nº3

I
P
P
P
I
P
P
P
etc

P
I
I
I
P
I
I
I
etc

MODELO
nº4

I
I
P
P
P
I
I
P
P
P
etc

P
P
I
I
I
P
P
I
I
I
etc

EXPERIMENTO-3MODELOS UTILIZADOS COMO TRATAMIENTO PARA PROVOCAR YFORTALECER EL CONTROL EN LA PARTE "B"

	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "PAR"</u>	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "IMPAR"</u>
<u>MODELO</u> <u>nº 1</u>	P	I
	I	P
	P	I
	I	P
	P	I
	I	P
	etc	etc
<u>MODELO</u> <u>nº 2</u>	P	I
	P	I
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	I	P
	I	P
	etc	etc

SUJETO COMENZABA
CON "PAR"

SUJETO COMENZABA
CON "IMPAR"

MODELO
nº3

I
I
P
P
I
I
P
P
etc

P
P
I
I
P
P
I
I
etc

MODELO
nº4

I
P
P
I
P
P
I
P
P
etc

P
I
I
P
I
I
P
I
I
etc

	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "PAR"</u>	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "IMPAR"</u>
	I	P
	I	P
	I	P
<u>MODELO</u>	P	I
<u>no 5</u>	I	P
	I	P
	I	P
	P	I
	etc	etc

661

EXPERIMENTO-3

MODELOS UTILIZADOS COMO TEST EN LA PARTE "B"

	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "PAR"</u>	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "IMPAR"</u>
<u>1ª VEZ</u>	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	P	I
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	P	I
	etc	etc
<u>RECUPERACION</u>	I	P
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	I	P
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	etc	etc

	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "PAR"</u>	<u>SUJETO COMENZABA</u> <u>CON "IMPAR"</u>
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
<u>2ª</u> <u>RECUPERACION</u>	P	I
	I	P
	I	P
	P	I
	P	I
	etc	etc

257

CUARTA PARTE

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, J.J. y WHITLOCK, F.A. (1969). "Childhood Experience and Depression". British Journal of Psychiatry, 115: 883-888.

ABRAMSON, L.Y. (1977). "Universal Versus Personal Helplessness: An Experimental Test of the Reformulated Theory of Learned Helplessness and Depression". Dissertation, University of Pennsylvania (in publicar).

ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B. y ROSOFF, R. (1981). "Depression and the Generation of Complex Hypotheses in the Judgment of Contingency". Behavior Research and Therapy, 19-1.

ABRAMSON, L.Y., GARBER, J., EDWARDS, H.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Expectancy Changes in Depression and Schizophrenia". Journal of Abnormal Psychology, 87, 102-109.

ABRAMSON, L.Y. y SACKETT, H.A. (1977). "A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-blame". Psychological Bulletin, 84, 838-851.

ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. y TEASDALE, J.D. (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 49-74.

- ADAMS, C. y HUESMANN, L.R. (1974). "Order Effects in Inductive Thinking". New Haven, Conn. Yale University, Department of Psychology.
- AKISKAL, H.S. y McKINNEY, W.T. (1973). "Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis". Science, 182, 20-28.
- AKISKAL, H.S. y McKINNEY JR., W.T. (1975). "Overview of Recent Research in Depression". Archives of General Psychiatry, 32: 285-305.
- AL-ISSA, I. (1979). "The Psychopathology of Women". Prentice Hall.
- ALBERT, N. (1973). "Evidence of Depression in an Early Adolescent School Population". (Sin publicar). Villanova, Pennsylvania.
- ALBERT, N. and BECK, A.T. (1975). "Incidence of Depression in Early Adolescence: A Preliminary Study". Journal of Youth Adolescence-4, 301-307.
- ALBERT, M. y GEUER, E.S. (1978). "Perceived Control as a Mediator of Learned Helplessness". American Journal of Psychology, 91, 3, 389-400.
- ALLOY, L.B. and ABRAMSON, S.Y. (1977). "Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: A Nondepressive Distortion". (Sin publicar). Uni-

versity of Pennsylvania.

ALLOY, L.B. y ABRAMSON, L.Y. (1979). "Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: Sadder but Wiser?". Journal of Experimental Psychology, 108, 441-485.

ALLOY, L.B. y ABRAMSON, L.Y. (1980). "The Cognitive - Component of Human Helplessness and Depression: A Critical Analysis". En J. Garber y M.E.P. Seligman (eds.). Human Helplessness: Theory and Application. Academic Press.

ALLOY, L.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1979). "On the Cognitive Component of Learned Helplessness and Depression". En G.H. Bower (ed.). The Psychology of Learning and Motivation. Academic Press.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. (1952). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-I).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1968). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-II).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". (DSM-III).

ARONFREED, J. (1968). "The Concept of Internalization" (1968). En D.A. Gostin, (ed.) Handbook of Sociali-

zation theory and Research. Rand McNally.

AVERILL, J.R. (1973). "Personal Control over Aversive Stimuli and its Relation-ship to Stress". Psychological Bulletin, 80, 286-303.

BADIA, P. y CULBERTSON, S. (1972). "The Relative Aversiveness of Signalled vs. Unsignalled Escapable and Inescapable Shock". Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 17, 463-471.

BAKER, M., DORZAB, J., WINOKUR, G., y CADORET, R. "Depressive Disease: Classification and Clinical - Characteristics". Comprehensive Psychiatry (1971) 12: 354-365.

BANDURA, A. (1965). "Influence of Models' reinforcement Contingencies on the Adquisition of Imitative Responses". Journal of Personality and Social Psychology, 1, 589-595.

BANDURA, A. (1969). "Principles of Behavior Modification". Holt, Rinehart and Winston.

BANDURA, A. (1974). "Behavior Theory and the Models - Man". American Psychologist, 29, 859-870.

BANDURA, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change". Psychological Review, 84, 191-215.

- BANDURA, A. y BARAB, P. (1973). "Processes Governing Disinhibitory Effects Through Symbolic Modeling". Journal of Abnormal Psychology, 82, 1-9.
- BANDURA, A., BLANCHARD, E. y RITTER, B. (1969). "The Relative Efficacy of Desensitization and Modeling Treatment Approaches for Inducing Affective Behavioral and Attitudinal Changes". Journal of Personality and Social Psychology, 13, 173-199.
- BARON, R.M. (1966). "Social Reinforcement Effects as a Function of Social Reinforcement History". Psychological Review, 73, 527-539.
- BART, P.E. (1974). "The Sociology of Depression". In Paul M. Roman and Harrison M. Trice (eds.), Explorations in Psychiatric Sociology. Philadelphia: F.A. Davis.
- BECK, A. T. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". Archiv of General Psychiatry, 4, 53-63.
- BECK, A.T. (1963). "Thinking and Depression: I, Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions". Archives of General Psychiatry, 9, 324-333.
- BECK, A.T. (1964). "Thinking and Depression: 2, Theory and Therapy". Archives of General Psychiatry, 10, 561-571.

- BECK, A.T. (1967)_a. "Depression: Causes and Treatment". Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1967)_b. "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects". New York: Hoeber.
- BECK, A.T. (1970). "Cognitive Therapy: Nature, and Relation to Behavior Therapy". Behavior Therapy, - 184-200.
- BECK, A.T. (1973). "The Diagnosis and Managment of Depression". University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1974). "The Development of Depression: A Cognitive Model". In R.J. Friedman and M.M. Katz (eds.) The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Washington, D.C: Wiley.
- BECK, A.T. (1976). "Cognitive Therapy and Emotional Disorders". New York International Universities Press.
- BECK, A.T. (1978). "Depression Inventory". Philadelphia: Center of Cognitive Therapy.
- BECK, A.T. y GREENBERG, R.L. (1974). "Coping with Depression". Institute for Rational Living.
- BECK, A.T., KOVACS, M. y WEISSMAN, A. (1975). "Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview". -

Journal of the American Medical Association, 234,
1146-1149.

BECK, A.T. y RUSH, A.J. (1978). "Cognitive Approaches
to Depression and Suicide". En G. Serban (Ed.) -
Cognitive Defects in the Development of Mental -
Illness. Brunner-Mazel.

BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G. (1979).
"Cognitive Therapy of Depression". The Guildford
Press.

BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. y
ERBAUGH, J. (1961). "An Inventory for Measuring
Depression". Archives of General Psychiatry, 4,
561-571.

BECK, J.C. y WORTHEN, K. (1972). "Precipitating Stress
Crisis. Theory, and Hospitalization in Schizop~~h~~
nia and Depression". Archives of General Psychia
try, 26: 123-9.

BECKER, E. (1964). "The Revolution in Psychiatry". New
York: The Free Press.

BECKER, J. (1974). "Depression: Theory and Research".
V.H. Winston and Sons. Washington D.C.

BECKER, J. (1977). "Affective Disorders". Morristown,
N.J.: General Learning. Press.

BEM, S. (1971). "The role of Comprehension in Children's Problem Solving". Developmental Psychology-2, - 351-359.

BEM, D.J. (1972). "Self-perception Theory". En L. Berkov (ed.). Advances in Experimental Social Psychology (Vol-6). New York, Academic Press.

BENSON, J. S. y BENNELLY, K.J. (1976). "Learned Helplessness: The result of Uncontrollable Reinforcements or Uncontrollable Aversive Stimuli?". Journal of Personality and Social Psychology, 34, - 138-145.

BERGER, M. y PASSINGHAM, R.E. (1973). "Early Experience and Other Environmental Factors: An Overview". Handbook of Abnormal Psychology, Edited by H.J. Eysenck. London Pittman.

BIHANJI, S. (1978). "Privación Total del Sueño como Tratamiento para la Depresión". Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, vol. XIX, nº1.

BIBRING, E. (1953). "The Mechanism of Depression". In P. Gorenacre, (ed.) Affective Disorders. International Universities Press.

BIRNEY, R.C., BURDICK, H. y TEEVAN, R.C. (1969). "Fear of Failure". Van Nostrand.

- BIRTCHELL, J. (1970). "Depression in Relation to Early and Recent Parent Death". British Journal of Psychiatry, 116, 299-306.
- BIRTCHELL, J. (1970). "The Relationship between Attempted Suicide, Depression and Parent Death". British Journal of Psychiatry, 116, 307-313.
- BLACKBURN, I.M. (1974). "The Pattern of Hostility in Affective Illness". British Journal of Psychiatry, 125: 141-145.
- BLANEY, P.H. (1977). "Contemporary Theories of Depression: Critique and Comparison". Journal of Abnormal Psychology, 86, 203-223.
- BLATT, S.J., DAFFLITI, J.P. y QUINLAN, D.M. (1976). "Experiences of Depression in Normal Young Adults". Journal of Abnormal Psychology, 85, 383-389.
- BLUMENTHAL, M.D. (1971). "Heterogeneity and Research on Depressive Disorders". Archives of General Psychiatry, 111: 659-674.
- BLUMENTHAL, M.D. (1971). "Heterogeneity and Research on Depressive Disorders". Archives of General Psychiatry, 24: 524-531.
- BOLLES, P. (1975). "Learning Motivation and Cognition". In W. Estes (Ed.) Handbook of Learning and Cognitive Processes. New York, Halsted.

- BOURNE JR., L.E., DOMINOWSKI, R.L. y LOFTUS, E. (1979). "Cognitive Processes". Prentice Hall.
- BOWER, G. y TRABASSO, T. (1964). "Concept Identification". En R.C. Atkinson (ed). Studies in Mathematical Psychology. Standford, California. Standford University Press.
- BRAFF, D.L. y BECK, A.T. (1974). "Thinking Disorder - in Depression". Archives of General Psychiatry, 31: 456-459.
- BAMMER, L.N. (1979). "The Helping Relationship: Process and Skills". Prentice Hall.
- BRISCOE, C.W. y SMITH, M.D. (1973). "Depression and - Marital Turmoil". Archives of General Psychiatry 29: 812-817.
- BROWN. (1961). "Depression and Childhood Bereavement" Journal of Mental Science, nº 107, 754-777.
- BROWN, G.W. (1974). "Meaning, Measurement and Stress of Life Events". In D.S. Dohrenwend and B.P. -- Dohrenwend (Eds.), Streesful Life Events: Their Nature and Effects. New York: John Wiley.
- BROWN, G.W. y HARRIS, T.D. (1978). "Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in - Women". Tavistock Publications.

- BROWN, G.W., HARRIS, T.O. y COPELAND, J.R. (1977). -
 "Depression and Loss". British Journal of Psychiatry, 130: 1-18.
- BROWN, G.W., SKLAIR, F., HARRIS, T.O. y BIRLEY, J.L.T. (1973). "Life Events and Psychiatric Disorders" Part 1: Some Methodological Issues. Psychological Medicine, 33: 74-87.
- BUCETA, J.M. (1979). "Parámetros Socio-familiares. - Rendimiento Académico e Inteligencia". Memoria - de Licenciatura. Universidad Complutense de Madrid. (Sin publicar).
- BUCHWALD, A.M. (1961). "Verbal Utterances as Data". In H. Feigl and G. Maxwell (Eds.), Current Issues in the Philosophy of Science. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- BUCHWALD, A.M., COYNE, J.C. y COLE, C.S. (1978). "A - Critical Evaluation of the Learned Helplessness Model of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 180-193.
- BULMAN, R.J. y WORTMAN, C.B. (1977). "Attributions, - Self-blame and Coping in the "Real World". Journal of Personality and Social Psychology, 35, - 351-356.
- BUMBERRY, W., OLIVER, J.M. y McCLURE, J.N. (1978). "-

"Validation of the Beck Depression Inventory in a University Population Using Psychiatric Estimate as the Criterion". Journal Consul. Clinical Psychology, 46, 150-155.

BURGESS, E.P. (1969). "The Modification of Depressive Behaviors". En R.D. Rubin y C.M. Franks (Eds.) Advances in Behavior Therapy. N.Y. Academic Press.

CALHOUN, L.C., CHENEY, T. y DAWES, A.S. (1974). "Locus of Control, Self-reported Depression, and Perceived Causes of Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42: 736.

CARROLL, B.J., FIELDING, J.M. y BLASHKI, T.G. (1973). "Depression Rating Scales: A Critical Review". Archives of General Psychiatry, 28, 361-366.

CASLER, L. (1961). "Maternal Deprivation: A Critical Review of the Literature". Monographs of the Society for Research in Child Development, 26, 1-64.

CASLER, L. (1961). "Maternal Deprivation: A Critical Review of the Literature". Monographs of the Society for Research in Child Development, 26, 1-64.

CATANIA, A.C. (1979). "Learning". Prentice Hall.

- CHODOFF, P. (1974). "The Depressive Personality: A - Critical Review". In R.J. Friedman and M.M. Katz, eds., The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.
- CHRISTENSEN, C. (1974). "Development and Field Testing of an Interpersonal Coping Skills Program". Ontario Institute for Studies in Education. Toronto.
- CHURCH, R.M. (1964). "Systematic Effect of Random Error in the Yoked Control Design". Psychological Bulletin, 62, 122-131.
- CLARK, K.B. y CLARK, M.P. (1939). "The Development of Consciousness of Self and the Emergence of Racial Identification in Negro Preschool Children. Journal of Social Psychology, 10, 591-599.
- CLAYTON, P.J., HALIKAS, J.A. y MAURICE, W.L. (1972). "The Depression of Widowhood". British Journal of Psychiatry, 120: 71-77.
- COBB, S. (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress". Psychosomatic Medicine, 38: 300-314.
- COCHE, E. y FLICK, A. (1975). "Problem Solving Training Groups for Hospitalized Psychiatric Patients". Journal of Psychology, 91, 19-29.
- COHEN, S., ROTHBART, M. y PHILLIPS, S. (1976). "Locus

of Control and the Generality of Learned Helplessness in Humans". Journal of Personality and Social Psychology, 34, 1049-1056.

COLE, C.S. y COYNE, J.C. (1977). "Situational Specificity of Laboratory-induced Learned Helplessness". Journal of Abnormal Psychology, 86, 615-623.

COLLINS, B.E. (1974). "Four Components of the Rotter Internal-External". Journal of Personality and Social Psychology, 29: 381-391.

COMSTOCK, G.W. y HELSING, K.J. (1976). "Symptoms of Depression in Two Communities". Psychological Medicine, 6: 551-563.

CONDE, V., ESTEBAN, T. y USEROS, E. (1976). "Revisión Crítica de la Adaptación Castellana del Cuestionario de Beck". Revista de Psicología General y Aplicada, vol. XXXI, nº 14.

CONNERS, C.K. (1976). "Classification and Treatment of Childhood Depression and Depressive Equivalents". Depression: Behavioral, Biochemical, Diagnostic and Treatment Concepts. Edited by D.M. Galant and G.M. Simpson. Holliswood, New York. - Spectrum Publications, 196-199.

COOPER, B. y SYLPH, J. (1973). "Life Events and the Onset of Neurotic Illness: An Investigation in General Practice". Psychological Medicine, 3:421-35.

COSTELLO, C.G. (1972). "Depression: Loss of Reinforcers or Loss of reinforcer Effectiveness". Behavior Therapy, 3: 240-247.

COSTELLO, C.G. (1976). "Anxiety and Depression: The Adaptive Emotions". Montreal: McGill-Queen's University Press.

COSTELLO, C.G. (1978). "A Critical Review of Seligman's Laboratory Experiments on Learned Helplessness - and Depression in Humans". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 21-31.

CRAIG, G.J. (1979). "Human Development". Prentice Hall.

CYTRYN, L. y McKNEW, D.H. (1974). "Factors Influencing the Changing Clinical Expression of the Depressive Process in Children". Amer. Journal of Psychiatry, 131, 879-881.

DAVIS, D.R. (1964). "Some Varieties of Depression and Their Treatment". In E.B. Davies, (ed) Depression. London: Cambridge University Press.

DAVIS, H. y McINTIRE, R.W. (1969). "Conditioned Suppression Under Positive and no Contingency Between Conditioned and Unconditioned Stimuli. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 12, 633-640.

- DAVISON, G.C. y NEALE, J.M. (1978). "Abnormal Psychology: An EXperimental Clinical Approach". Wiley and Sons.
- DE VELLIS, R.F. (1977). "Learned Helplessness in Institutions". Mental Retardation, 15, 10-13.
- DE VELLIS, R.F., McEVOY, B. y McCAULEY, C. (1978). - "Vicarious Acquisition of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 36, 8, 894-899.
- DENNIS, W. (1960). "Causes of Retardation Among Institutional Children". Journal of Genetic Psychology, 96.
- DENNIS, W. (1973). "Children of the Creche". Appleton-Century. New York.
- DENNIS, W. y NAJARIAN, P. (1957). "Infant Development Under Enviromental Handicap". Psychological Monographs, 71, v.436.
- DEPUE, R.A. y MONROE, S.M. (1978). "Learned Helplessness in the Perspective of the Depressive Disorders: Conceptual and Definiotal Issues". Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº1, 3-20.
- DI CAPRIO, N. (1979). "Adjustment: Fulfilling Human - Potentials". Prentice Hall.

- DIENER, C.I. y DWECK, C.S. (1978). "An Analysis of -
Learned Helplessness: Continuous Changes in Per-
formance, Strategy and Achievement Cognitions Fo
llowing Failure". Journal of Personality and So-
cial Psychology, 36, 5, 451-462.
- DINSMOOR, J.A. y CAMPBELL, S.L. (1956). "Escape-from-
shock Training Following Exposure to Inescapable
shock". Psychological Reports, 2, 43-49.
- DITTES, J.E. (1959). "Attractiveness of Group as a ---
Function of Self-esteem and Acceptance by a - -
Group. Journal of Abnormal and Social Psychology
59, 77-82.
- DOHRENWEND, B.P. y DOHRENWEND, B.S. (1969). "Social -
Status and Psychological Disorder: A Causal In-
quiry". New York: John Wiley.
- DOHRENWEND, B.P. (1975). "Sociocultural and Social-Psy-
chological Factors in the Genesis of Mental Dis-
orders". Journal of Health and Social Behaviour,
16, 365-92.
- DOUGLAS, D. y ANISMAN, H. (1975). "Helplessness or Ex-
pectation Incongruency: Effects of Aversive Sti-
mulation on Subsequent Performance". Journal of
Experimental Psychology: Human Perception and --
Performance, 1, 411-417.

- DURKHEIM, E. (1952). "Suicide". London. Routledge and Kegan Paul.
- DWECK, C.S. (1975). "The Role of Expectations and Attributions in the Alleviation of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 31, 674-685.
- DWECK, C.S. (1976). "Children's Interpretation of Evaluative Feedback: The Effect of Social Cues on Learned Helplessness". In C.S. Dweck, K.T. HILL, W.H. Reed, W.M. STEIHMAN and R.D. PARKE. "The Impact of Social Cues on Children's Behavior". Merrill-Palmer Quarterly, 22, 83-123.
- DWECK, C.S. (1977). "Learned Helplessness: A Developmental Approach". Depression in Childhood; Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Edited by J.G. Schulferbrandt and A. Raskin-Raven Press. New York, 135-138.
- DWECK, C.S., DAVIDSON, W., NELSON, S. y ENNA, B. (1976) "Sex Differences in Learned Helplessness: (II) The Contingencies of Evaluative Feedback in the Classroom and (III) An Experimental Analysis". Unpublished Manuscript, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- DWECK, C.S. y FILLIARD, D. (1975). "Expectancy States as Determinants of Reactions to Failure: Sex

Differences in Persistence and Expectancy Change". Journal of Personality and Social Psychology, 32, 1077-1084.

DWECK, C.S., GOETZ, T. y STRAUSS, N. (1977). "Sex Differences in Learned Helplessness: (IV). An Experimental and Naturalistic Study of Failure Generalization and its Mediators". Unpublished Manuscript, University of Illinois at Urbana-Champaign.

DWECK, C. S. y REPPUCCI, N.D. (1973). "Learned Helplessness and Reinforcement Responsibility in Children". Journal of Personality and Social Psychology, 25, 109-116.

DYCK, D.G. y BREEN, L.J. (1978). "Learned Helplessness, Immunization and Importance of Task in Humans". Psychological Reports, 43, 315-321.

D'ZURILLA, T. y GOLDFRIED, M. (1971). "Problem Solving and Behavior Modification". Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

EDWARDS, S.W. (1968). "Conservation in Human Information Processing". En B. Kleinmuntz (ed). Formal Representations of Human Judgment. New York, Wiley

EGAN, D.E. y FREENS, J.G. (1974). "Theory of Rule Induction: Knowledge Acquired in Concept Learning, Serial Pattern Learning and Problem Solving". En

- L. L.W. Fregg (ed). Knowledge and Cognition. N.Y. - Wiley.
- EKMAN, P. y FRIESEN, W.V. (1974). "Nonverbal Behavior and Psychopathology". In R.J. Friedman and M.M. - Katz (eds.). The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.
- ELLIOT, T.N., SMITH, R.D. y WELDMAN, R.W. (1972). "Suicide and Systematic Desensitization: A Case Study". Journal of Clinical Psychology, 28, 420-423.
- ELLIS, A. (1962). "Reason and Emotion in Psychotherapy". New York: Lyle Stuart.
- ELLIS, A. (1973). "Humanistic Psychotherapy: The Rational-emotive Approach". N.Y. McGraw-Hill.
- ENGEL, G.L. (1971). "Sudden and Rapid Death During Psychological Stress, Folklore or Folkwisdom?". Annals of Internal Medicine, 74, 771-782.
- ESTES, W. (1974). "Learning Theory and Intelligence". American Psychologist, 29, 740-749.
- EYSENCK, H.J. (1970). "The Classification of Depressive Illness". British Journal of Psychiatry, 117-241.
- FEIGNER, I.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A., WINOKUR, G. y MUÑOZ, R. (1972). "Diagnostic Crite-

ria for Use in Psychiatric Research". Archives of General Psychiatry, 26, 56-73.

FERRARI, N.A. (1962). "Institutionalization and Attitude Change in an Aged Population: A Field Study - and Dissidence Theory. Unpublished Doctoral Dissertation". Western Reserve University.

FERSTER, C.B. (1965). "Classification of Behavioral Pathology". In L. Krasner and L. P. Ullmann (eds.). - Research in Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston.

FERSTER, C.B. (1973). "A Functional Analysis of Depression". American Psychologist, 28, 857-870.

FERSTER, C.B. (1974). "Behavioral Approaches to Depression". En R.J. Friedman y M.M. Katz (eds.). The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston.

FESTINGER, L. (1954). "A Theory of Social Comparison - Processes". Human Relations, 7, 117-140.

FINKELSTEIN, N.W. y RAMEY, C.T. (1975). "Learning to Control the Environment in Infancy". Read at Biennial Meeting of Society for Research in Child Development.

FISHER, S. (1964). "Depressive Affect and Perception of

Up-down". Journal of Psychiatric Research, 2, -
201-208.

FORREST, A.D., FRASER, R.H. y PRIEST, R.G. (1965). "En-
vironmental Factors in Depressive Illness". British Journal of Psychiatry, 111, 243-253.

FOSCO, B. y GEER, J. (1971). "Effects of Gaining Control
over Aversive Stimuli after Differing Amounts of
no Control". Psychological Reports, 29, 1153-1154.

FOSTER, M y VIETZE, P. (1975). "The Role of Visual --
Attention to Non-contingent Stimulation in Predict-
ing Later Learning with Three-month-olds", Read
at Biennial Meeting of Society for Research in -
Child Development.

FOULDS, G.A. (1973). "The Relation-ship Between the De-
pressive Illnesses". British Journal of Psychia-
try, 122, 531-533.

FRANKEL, A. y SNYDER, M.L. (1978). "Poor Performance -
Following Unsolvable Problems: Learned Helpless-
ness or Egotism?". Journal of Personality and So-
cial Psychology, vol. 36, nº 12, 1415-1423.

FREUD, S. (1957). "Mourning and Melancholia". En J. -
Strachey (ed. y trans.) Standard Edition of the -
Complete Psychological Works of Sigmund Freud, -
vol. 14). London. Hogart Press. 1957 (Publicación
Original, 1917).

FRIEDMAN, A.S. (1964). "Minimal Effects of Severe Depression on Cognitive Functioning". Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 237-243.

FRIEDMAN, H. (1976). "Effects of Self-esteem and Expected Duration of Interaction on Liking for a Highly Rewarding Partner". Journal of Personality and Social Psychology, 33, 686-690.

FRIEDMAN, R.J. y KATZ, M.M. (1974). "The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research". - Winston.

FUCHS, C.Z. y REHM, L. P. (1977). "A Self-control Behavior Therapy Program for Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 206-215.

GARBER, J. y HOLLON, S. (1977). "Depression and the Expectancy of Success for Self and for Others". Unpublished Manuscript, University of Minnesota.

G^a ALCANIZ, E. y BUCETA, J.M. (1979). "Influencia de la Institucionalización durante los Primeros Años de Vida, en el Rendimiento Escolar y la Inteligencia" Comunicación presentada en el I Congreso de la Sociedad Valenciana de Análisis y Cambio de Conducta.

GARMANY, G. (1958). "Depressive States: Their Actiology and Treatment". British Medical Journal, 2, 341-4.

- GARSDIE, R.F., KAY, D.W., WILSON, I.C., DEATON, I.D. y ROTH, M. (1971). "Depressive Syndromes and the Classification of Patients". Psychological Medicine, 1:333.
- GRANVILLE-GROSSMAN, K.L. (1968). "The Early Environment of Affective Disorder". In A. Coppen and A. Walk - (eds.), Recent Developments in Affective Disorders London: Headley Brothers.
- GATCHELL, R.J., PAULUS, P.B. y MAPLES, C.B. (1975). "Learned Helplessness and Selfreport Affect". Journal of Abnormal Psychology, 84, 732-734.
- GATCHELL, R. y PROCTOR, J. (1976). "Physiological Correlates of Learned Helplessness in Men". Journal of Abnormal Psychology, 85, 24-34.
- GEER, J., DAVISON, G.C. y GATCHELL, R.I. (1970). "Reduction of Stress in Humans Through Nonveridical Perceived Control of Aversive Stimulation". Journal of Personality and Social Psychology, 16, 731-738.
- GEER, J. y MAISEL, E. (1972). "Evaluating the Effects of the Prediction-control Confound". Journal of Personality and Social Psychology, 23, 314-319.
- GIRDANO, D. y EVERLY, G. (1979). "Controlling Stress and Tension": A Holistic Approach". Prentice Hall.
- GITTELMAN-KLEIN, Rachel. (1977). "Definitional and Me-

thodological Issues Concerning Depressive Illness in Children". Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Ed. by J.G. Schulterbrandt and A. Raskin. Raven Press. New York, - 69-80.

GLASS, D.C., REIM, B. y SINGER, J. R. (1971). "Behavioral Consequences of Adaptation to Controllable - and Uncontrollable Noise". Journal of Experimental Social Psychology, 7, 244-257.

GLASS, D.C. y SINGER, J.E. (1972). "Urban-stress: Experiments on Noise and Social Stressors". New York: Academic Press.

GLASS, D.C., SNYDER, M.L. y SINGER, J.E. (1974). "Periodic and Aperiodic Noise: The Safety Signal Hypothesis and Noise Aftereffects". Psychonomic Science, in Press.

GOECKNER, D. J, GREENOUGH, W.T. y MEAD, W.R. (1973). - "Deficits in Learning Tasks Following Chronic Overcrowding in Rats". Journal of Personality and Social Psychology, 28, 256-261.

GOLDFRIED, M.R. (1971). "Systematic Desensitization as Training in Self Control". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 228-239.

GOLDING, S.L. y LICHTENSTEIN, E. (1970). "Confession - of Awareness and Prior Knowledge of Deception as

a Function of Interview Set and Approval Motivation". Journal of Personality and Social Psychology, 14, 213-223.

GOLDTHORPE, J.H. y HOPE, K. (1974). "The Social Grading of Occupations: A New Approach and Scale". London: Oxford University Press.

GOLIN, S. y TERREL, F. (1977). "Motivational and Associative Aspects of Mild Depression in Skill and - Chance". Journal of Abnormal Psychology, 86, - 389-401.

GOLIN, S., TERRELL, F. y JOHNSON, B. (1977). "Depression and the Illusion of Control". Journal of Abnormal Psychology, 86, 440-442.

GOLIN, S., TERRELL, F., WEITZ, J. y DROST, P.L. (1979). "The Illusion of Control Among Depressed Patients". Journal of Abnormal Psychology, 88, 454-457.

GOTLIB, I.H. y ASARNOW, R.F. (1979). "Interpersonal - and Impersonal Problem-solving Skills in Mildly - and Clinically Depressed University Students". - Journal Consult Clinical Psychology, 47, 86-95.

GOVE, W.R. (1973). "Sex Marital Status and Morality". American Journal of Sociology, 79, 45-67.

GRANVILLE-GROSSMAN, K.L. (1967). "The Early Environment

in Affective Disorders". In A. Coppen and A. Walk (Eds), Recent Developments in Affective Disorders: A, Symposium. Special Publication nº2, British - Journal of Psychiatry, 65-79.

GREENE, W.A., GOLDSTEIN, S. y MOSS, A.J. (1972). "Psychosocial Aspects of Sudden Death". Archives of - Internal Medicine, 129, 725-731.

FREGG, L.W. y SIMON, H.A. (1967). "Process Models and Stochastic Theories of Simple Concept Formation". Journal of Mathematical Psychology, 4, 246-276..

GRIFFITHS, M. (1977). "Effects of Noncontingent Success and Failure on Mood and Performance". Journal of Personality, 45, 442-457.

GRINKER, R., MILLER, J., SABSHIN, M., NUNN, R. y NUN--NALLY, J. (1961). "The Phenomena of Depression". New York: Hoeber.

HAMILTON, M. (1960). "A Rating Scale for Depression". Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 23, 56-62.

HAMMEN, C.L. (1980). "Depression in College Students: Beyond the Beck Depression Inventory". Journal of Consult Clinical Psychology, 48, 126-128.

HAMMEN, C.L. y GLASS, D.R. (1975). "Depression, Activi

ty and Evaluation of Reinforcement". Journal of - Abnormal Psychology, 84, 718-721.

HAMMEN, C.L. y KRANTZ, S. (1976). "Effect of Success - and Failure of Depressive Cognitions". Journal of Abnormal Psychology, 85, 577-586.

HANUSA, B.H. y SCHULZ, R. (1977). "Atributional Mediators of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psycyology, 35, 602-611.

HARE, E.H. y SHAW, G.K. (1965). "A Study in Family - Health: (1) Health in Relation to Family Size". - British Journal of Psychiatry, 111: 461-466.

HARLOW, H.F. y SUOMI, S.J. (1974). "Induced Depression in Monkeys". Behavioral Biology, 12, 273-296.

HARRIS, T.D. (1976). "Social Factors in Neurosis, with Special Reference to Depression". In H.N. Van - Praag (ed.), Research in Neurosis. Amsterdam: Bohn, Scheltema.

HARROW, M. y AMDUR, M.J. (1971). "Guilt and Depressive Disorders". Archives of General Psychiatry, 25, - 240-246.

HARVEY, J.H., ICKES, W.J. y KIDD, R.F. (eds). (1977). "New Directions in Attribution Research". (vol. 1). Hillsdale, N.J. Earlbaum.

- HARVEY, J.H., ICKES, W.J. y KIDD, R.F. (eds.). (1977).
"New Directions in Attribution Research" (vol. 2)
Hillsdale, N.J. Earlbaum.
- HEIDER, F. (1958). "The Psychology of Interpersonal Re-
lations". New York. Wiley.
- HERGENHAHN. (1980). "An Introduction to Theories of Per-
sonality". Prentice Hall.
- HERSEN, M., EISLER, D., ALFORD, G. y AGRAS, W.S. (1973)
"Effects of Token Economy on Neurotic Depression:
An Experimental Analysis". Behavior Therapy, 4, -
392-397.
- HINCHLIFFE, M.K., LANCASHIRE, M. y ROBERTS, F.J. (1971)
"Depression: Defense Mechanisms in Speech". Brit-
ish Journal of Psychiatry, 118, 471-472.
- HINELINE, P.N. (1973). "Varied Approaches to Aversion:
A Review of Aversive Conditioning and Learning".
Journal of Experimental Analysis of Behavior, 19,
531-540.
- HIRO TO, D.S. (1974). "Locus of Control and Learned -
Helplessness". Journal of Experimental Psychology,
102, 187-193.
- HIROTO, D.S. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Generality of

Learned Helplessness in Man". Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

HOGARTH, R.M. (1975). "Cognitive Processes and the Assessment of Subjective Probability Distributions". Journal of American Statistical Association, 70, 271-289.

HOGARTY, G.E. y KATZ, M.M. (1971). "Norms of Adjustment and Social Behavior". Archives of General Psychiatry, 25, 470-780.

HOMANS, G.C. (1961). "Social Behavior; its Elementary Forms". New York. Harcourt, Brace and World.

HOMME, L.E. (1965). "Perspective in Psychology: XXIV. Control of Coverants, the Operants of the Mind". Psychological Record, 15, 501-511.

HOUSTON, B.K. (1972). "Control over Stress, Locus of Control, and Response to Stress". Journal of Personality and Social Psychology, 21, 249-253.

HUDGENS, R.W., MORRISON, H.R. y BARCHAA, R.G. (1967). "Life Events and Onset of Primary Affective Disorders". Archives of General Psychiatry, 16, 134-45.

HUESMANN, L.R. (1978). "Cognitive Processes and Models of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87, nº1, 194-198.

HUESMAN, L.R. y CHENG, C.M. (1973). "A Theory for the Induction of Mathematical Functions". Psychological Review, 30, 126-138.

HULSE, S.H. (1974). "Patterned Reinforcement". In G.H. Bower and J.T. Spence (Eds.). The Psychology of Learning and Motivation, vol. 7. New York: Academic Press.

HUMPHREYS, L.G. (1939). "Generalization as a Function of Method of Reinforcement". Journal of Experimental Psychology, 25, 361-372.

HUNT, E.B., MARIN, J. y STONE, P.J. (1966). "Experiments in Induction". New York. Academic Press.

IMBODEN, J.B., CANTOR, A. y CLUFF, L.E. (1961). "Convalescence from Influenza: The Study of the Psychological and Clinical Determinants". Archives of Internal Medicine, 108, 393-399.

IRWIN, F.W. (1971). "Intentional Behavior and Motivation: A Cognitive Theory". Philadelphia: Lippincott.

JACKSON, B. (1972). "Treatment of Depression by Self-Reinforcement". Behavior Therapy, 3, 298-307.

JACOBS, L., BERSCHEID, E. y WALSTER, E. (1971). "Self-Esteem and Attraction". Journal of Personality -

and Social Psychology, 17, 84-92.

JACOBS, S.C., PRUSOFF, B.A. y PAYKEL, E.S. (1974). "Recent Life Events in Schizophrenia and Depression!" Psychological Medicine, 4, 444-453.

JACOBS, A. y WOLPIN, M.A. (1971). "Secund Look a Syste-
matic Desensitization". In A. Jacobs and L.B. -
Sachs (Eds), The Psychology of Private Events, -
New York: Academic Press, 77-108.

JACOBSON, E. (1971). "Depression: Comparative Studies
of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions". In
International Universities Press.

JASPERS, K. (1962). "General Psychopathology". Trans-
lated by J. Hoening and M.W. Hamilton. Manchester:
Manchester University Press.

JONES, E.E. (1972). "Attribution: Perceiving the Cau--
ses of Behavior". Morristown, N.J. General Lear--
ning Press.

JONES; E.E., KANOUSE, D.E., Kelly, H.H., NISBETT; R.E.,
VALINS, S. y WEINER, B. (1972). "Attribution: Per-
ceiving the Causes of Behavior". Morristown, N.J.
General Learning Press.

JONES, S.L., NATION, J.R. y MASSAD, P. (1977). "Immun-
ization Against Learned Helplessness in Man". Jour

nal of Abnormal Psychology, 86, 75-83.

JONES, S.C. y SCHENIDER, D.J. (1968). "Certain of Self appraisal and Reactions to Evaluations from Others". Sociometry, 31, 395-403.

KANFER, F.H. y PHILIPS, J.S. (1970). "Learning Foundations of Behavior Therapy". Wiley.

KATZ, M.M. (1970). "The Classification of Depression: Normal, Clinical and Ethnocultural". In R.R. Fieve (ed). Depression in the 70's. Amsterdam. The Netherlands: Excerpta Medica.

KAY, D.W., GARSIDE, R.F., BEAMISH, P. y ROY, J.R. (1969) "Endogenous and Neurotic Syndromes of Depression: A Factor Analytic Study of 104 Cases: Clinical Features". British Journal of Psychiatry, 115, 327-388.

KAZDIN, A.E. y BOOTZIN, R.R. (1972). "The Token Economy: An Evaluative Review". Journal of Applied Behavior Analysis, 5, 343-372.

KELLEY, H.H. (1967). "Attribution Theory in Social Psychology". In David Levine (Ed.), Nebraska Symposium of Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 192-238.

KELLY, D., GUIRGUIS, W., FROMMER, E., MITCHELL-HEGGS,

- N. y SARGENT, W. (1970). "Treatment of Phobic States with Antidepressants: A Retrospective Study - of 246 Patients". British Journal of Psychiatry, 116, 387-398.
- KEMLER, D. y SHEPP, B. (1971). "The Learning and Transfer of Dimensional Relevance and Irrelevance in - Children". Journal of Experimental Psychology, 90, 120-127.
- KENDELL, R.E. (1970). "The Classification of Depressive Illnesses". London: Oxford University Press.
- KENDELL, R.E. (1976). "The Classification of Depressions: A Review of Contemporary Confusion". British Journal of Psychiatry, 129, 15-28.
- KILOH, L.G. y GARSIDE, R.F. (1963). "The Independence of Neurotic Depression and Endogenous Depression". British Journal of Psychiatry, 109, 451-463.
- KILPATRICK-TABACK, B. y ROTH, S. (1978). "An Attempt - to Reverse Performance Deficits Associated with - Depression and Experimentally Induced Helplessness". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, - 141-154.
- KIMMEL, H.D. y PENNYPACKER, H. (1962). "Conditioned Diminution of the Unconditioned Response as a Function of the Numbers of Reinforcements". Journal -

of Experimental Psychology, 64, 20-23.

KLEE, S. y MEYER, R.G. (1979). "Prevention of Learned Helplessness in Humans". Journal of Consulting - and Clinical Psychology, 47,2, 411-412.

KLEIN, M.A. (1968). "Contribution to the Psychogenesis of Manic-depressive States". In W. Gaylin (Ed), - The Meaning of Despair. New York: Science House.

KLEIN, D.C., FENCIL-MORSE, E. y SELIGMAN, M.E.P. (1976) "Learned Helplessness, Depression and the Attribution of Failure". Journal of Personality and Social Psychology, 33, 508-516.

KLEIN, D.C. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Reversal and - Performance Deficits and Perceptual Deficits in - Learned Helplessness and Depression". Journal of Abnormal Psychology, 55, 11-26.

KLERMAN, G.L., DI MASCIO, A., WEISSMAN, M., PRUSOFF, B. y PAYKEL, E.S. (1974). "Treatment of Depression - by Drugs and Psychotherapy". American Journal of Psychiatry, 131, 186-191.

KLERMAN, G.L. y PAYKEL, E.S. (1970). "Depressive Pattern, Social Background and Hospitalization". Journal of Nervous and Mental Disease, 150, 466-478.

KLERMAN, G.L. (1972). "Clinical Phenomenology of Depres

sion: Implications for Research Strategy in the -
 Psychobiology of the Affective Disorders. In T. -
 Williams ed. Recent Advances in the Psychobiology
of the Depressive Illnesses. U.S. Government Prin
 ting Office.

KOLLER, P.S. y KAPLAN, R.M. (1978). "A Two-process Theo
 ry of Learned Helplessness". Journal of Personali
ty and Social Psychology, 36, 10, 1177-1183.

KOVACS, María, y BECK, Aaron T. (1977). "An Empirical-
 Clinical Approach Toward a Definition of a Child--
 hood". Depression in Childhood: Diagnosis, Treat
ment and Conceptual Models. Edited by J.G. Schul-
 terbrandt and A. Raskin. Raven Press. New York. -
 1-25.

KRAEPELIN, E. (1968). "Lehrbuch Der Psychiatrie". Ger-
 many, 1883. En "Lectures on clinical Psychiatry".
 Hafner.

KRAINES, S.H. (1957). "Mental Depressions and their -
Treatment". New York: MacMillan.

KRANTZ, D. S., GLASS, D.C. y SNYDER, M.L. (1974). "Help
 lessness, Stress, Level, and the Coronary Prone -
 Behavior Pattern". Journal of Experimental Social
Psychology. In Press.

KRANTZ, S. y HAMMEN, C.L. (1979). "Assessment of Cogni

tive Bias in Depression". Journal of Abnormal Psychology, 88, 611-619.

KURLANDER, H., MILLER, W. y SELIGMAN, M.E.P. (1979). -
"Learned Helplessness, Depression, and Prisoner's Dilemma". Submitted.

LAMONT, J.N. (1972). "Depression, Locus of Control and Mood Response Set". Journal of Clinical Psychology 28, 342-345.

LAZARUS, R.S. (1966). "Psychological Stress and the Coping Process". New York: McGraw-Hill.

LAZARUS, A.A. (1965). "Learning Theory and the Treatment of Depression". Behavior Research and Therapy, 6, 83-89.

LAZARUS, A. (1972). "Behavior Therapy and Beyond". N. Y. McGraw-Hill.

LAZARUS, A.A. (1974). "A Multidimensional Behavioral Treatment of Depression". Behavior Therapy, 5, 549-554.

LAZARUS, A.A. (1975). "Behavior Therapy Approach". En C.A. Loew, H. Grayson y C.H. Loew (eds.). Three Psychotherapies. New York. Brunner/Mazel.

LAZARUS, R.S., DEESE, J. y OSLER, S.F. (1952). "The -

Effects of Psychological Stress Upon Performance".
Psychological Bulletin, 49, 293-317.

LAZARUS, A.A. y ROSEN, R.C. (1976). "Behavior Therapy
Techniques in the Treatment of Sexual Disorders".
En J.K. Meyer (Ed.). Clinical Management of Sexual
Disorders. Baltimore. Williams and Wilkins.

LEFF, M.J., ROATCH, J.F. y BUNNEY, W.E. (1970). "Envi-
ronmental Factors Proceeding the Onset of Severe --
Depressions". Psychiatry, 33, 293-311.

LEVIS, D.J. (1976). "Learned Helplessness: A Reply and
an Alternative S-R Interpretation". Journal of Ex-
perimental psychology: General, 105, 47-65.

LEWINSOHN, P.A. (1974). "Behavioral Approach to Depres-
sion". In R.J. Friedman and M.N. Katz (Eds), The
Psychology of Depression: Contemporary Theory and
Research. Washington: Winston-Wiley.

LEWINSOHN, P.H. y GRAF, M. (1973). "Pleasant Activities
and Depression". Journal of Consulting and Clini-
cal Psychology, 41, 215-268.

LEWINSOHN, P. y LIBET, J. (1972). "Pleasant Events, Ac-
tivity Schedules and Depressions". Journal of Ab-
normal Psychology, 79, 291-295.

LEWINSHON, P.H., SHAPPER, M. y LIBET, J.A. (1969). "A

Behavioral Approach to Depression". Paper Presented at the American Psychological Association.

LEWIS, J.K., McKINNEY, W.T./P. YOUNG, L.D. y KRAEMER, G.W. (1976). "Mother-infant Separation in Rhesus Monkeys as a Model of Human Depression". Arch. General Psychiatry, 33, 699-705.

LIBERMAN, M.A. y BORMAN, L. (1976). "Self-help Groups". Special Issue of the Journal of Applied Behavioral Science" 12.

LIBERMAN, R.P. y RASKIN, D.E. (1971). "Depression: A Behavioral Formulation". Archives of General Psychiatry, 24, 515-523.

LIBERMAN, R.P. y ROBERTS, J. (1971). "Contingency Management of Neurotic Depression and Marital Disharmony: A Case Study with a Three Year Follow up". En H.J. Eysenck (ed.) Case Histories in Behavior Therapy. London: Routledge and Kegan Paul.

LIBET, J. y LEWINSOHN, P.M. (1973). "The Concept of Social Skill with Special Reference to the Behavior of Depressed Persons". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 304-312.

LICHTENBERG, P. (1957). "A Definition and Analysis of Depression. A.M.A.". Archives of Neurology and Psychiatry, 77, 519-527.

sed to Inescapable Shock Depends on Nature of Escape Response". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 85, 581-592.

MAIER, S.F., ANDERSON, C. y LIEBERMAN, D.A. (1972). "Influence of Control of Shock on Subsequent Shock-elicited Egression". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 81, 94-100.

MAIER, S.F. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Learned Helplessness: Theory and Evidence". Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.

MAIER, S.F., SELIGMAN, M.E.P. y SOLOMON, R.L. (1970). "Pavlovian Fear Conditioning and Learned Helplessness". In B. A. Campbell and R.M. Church (Eds), Punishment. New York: Appleton-Century-Crofts, 299-343.

MAIER, S. F.-TESTA, T. (1970). "Failure to Escape Traumatic Shock: Incompatible Skeletal Motor Responses or Learned Helplessness?". Learning and Motivation, 1, 157-170.

MALMQUIST, C.P. (1975). "Depression in Childhood". The Nature and Treatment of Depression, Edited by F. F. Flach and S.C. Draghi. New York. John Wiley and Sons, 73-98.

MALMQUIST, C.P. (1977). "Childhood Depression: A Clinical

- LOEB, A., BECK, A.T. y DIGGORY, J. (1971). "Differential Effects of Success and Failure on Depressed and Nondepressed Patients". Journal of Nerv. and Ment. Disorders, 152, 106-114.
- LOPEZ de LERIDA, G. (1976). "El Síndrome Depresión: Consideraciones desde el Análisis de Conducta". Análisis y Modificación de Conducta, v-2, nº2.
- LUCHINS, A.S. (1957). "Primacy-recency in Impression - Formation". In C.I. Houland (ed.). The Order of - Presentation in Persuasion. New Haven, Conn. Yale University Press.
- MAC KINTOSH, N.J. (1973). "Stimulus Selection: Learning to Ignore Stimuli That Predict no Change in Reinforcement". En R.A. Hinde y J. Stevenson-Hinde - (eds.). Constraints on Learning. Academic Press, - 75-100.
- MAC PHILLAMY, D.J. y LEWINSON, P.M. (1974). "Depression as a Function of Levels of Desired and Obtained Pleasure". Journal of Abnormal Psychology, 83, --- 651-657.
- MAIER, S.F. (1972). "Helplessness: Current Animal Studies". Read in Symposium on Helplessness at Annual Meeting of American Psychological Association.
- MAIER, S.F., ALBIN, R.W. y TESTA, T. (1973). "Failure to Learn to Escape Shock in Rats Previously Expo-

cal and Behavioral Perspective". Depression in -- Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models, Edited by J.G. Schulterbrandt. Raven Press. New York. 33-59.

MARSTON, A. (1965). "Self-reinforcement: The Relevance of a Concept in Analogue Research to Psychotherapy". Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2, 1-5.

MARSTON, A. (1967). "Self-reinforcement and External - reinforcement in Visual-motor Learning". Journal of Experimental Psychology, 74, 93-98.

MARTIN, I. y REES, L. (1966). "Reaction Times and Somatic Reactivity in Depressed Patients". Journal of Psychosomatic Research, 9, 375-382.

McLEAN, P.D. (1974). "Parental Depression-Incompatible with Effective Parenting". Paper Presented at 6th Annual Conference on Behavior Modification. Bauff, Alberta.

McLEAN, P.D., OGSTON, K. y GRAVER, L. (1973). "A Behavioral Approach to the Treatment of Depression". - Journal of Behavioral Therapy and Experimental -- Psychiatry, 4, 323-330.

McKNEW, D. H. y CYTRYN, L. (1973). "Historical Background in Children with Affective Disorders". - Amer. Journal of Psychiatry, 130.

McKINNEY JR., Y WILLIAM T. (1977). "Animal Behavioral/Biological Models Relevant to Depressive and Affective Disorders in Humans". Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Edited by J. G. Schulterbrandt and A. Raskin. Raven Press. New York, 107-122.

McNITT, P.C. y THORNTON, D.W. (1978). "Depression and Perceived Reinforcement: A Reconsideration". Journal of Abnormal Psychology, 87,1, 137-140.

MEARS, F. y GACHEL, R.J. (1979). "Fundamentals of Abnormal Psychology". R. McNally. College Publishing Company. Chicago.

MEGARGEE, E.I. (1966). "Undercontrolled and Overcontrolled Personality Types in Extreme Antisocial Aggression". Psychological Monographs, 80 (611).

MEICHENBAUM, D. (1972). "Clinical Implications of Modifying what Clients Say to Themselves". University of Waterloo Research Reports in Psychology, nº 42 December, 19.

MEICHENBAUM, D. (1977). "Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach". Plenum Press.

MELGES, F.T. y BOWLBY, J. (1969). "Types of Hopelessness in Psychopathological Process". Archives of General Psychiatry, 20, 690-699.

- MELTGREN, R.L. y OST, J.W.P. (1971). "Discriminative - Stimulus Pre-exposure and Learning of an Operant Discrimination in the Rat". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 77, 179-187.
- MENDELS, J. (1968). "Depression: The Distinction Between Symptom and Syndrome". British Journal of Psychiatry, 114, 1549-1554.
- MENDELS, J. (1970). "Concepts of Depression". New York. Wiley.
- MENDELS, J. y COCHRANE, C. (1970). "Syndromes of Depression and the Response to ECT". En J. Mendels. Concepts of Depression. New York, Wiley.
- MILLER, W.R. (1975). "Psychological Deficit in Depression". Psychological Bulletin, 82, 238-260.
- MILLER, W.R., ROSELLINI, R.A. y SELIGMAN, M.E.P. (1977) "Learned Helplessness and Depression". En J.D. Maser y M.E.P. Seligman (eds.). Psychopathology: Experimental Models. Freeman and Company. San Francisco.
- MILLER, W.R. y SELIGMAN, M.E.P. (1973). "Depression and the Perception of Reinforcement". Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73.
- MILLER, W. R. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Depression -

and Learned Helplessness in Man". Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.

MILLER, W. R. y SELIGMAN, M.E.P. (1976). "Learned Helplessness, Depression and the Perception of Reinforcement". Behav. Res. Therapy, 14, 7-17.

MILLER, W.R., SELIGMAN, M.E.P. y KURLANDER, H.M. (1975). "Learned Helplessness, Depression and Anxiety". - Journal of Nervous and Mental Disease, 161, 347-57.

MIYAMOTO, S.F. y DORNBUSCH, S.M. (1956). "A Test of Interactionist Hypotheses of Self-conception". American Journal of Sociology, 61, 399-403.

MORSE, S. y GERGEN, K.J. (1970). "Social Comparison, Self Consistency, and the Concept of Self". Journal of Personality and Social Psychology, 16, 148-156.

NADITCH, M.P., GARGAN, M.A. y MICHEL, L.B. (1975). "Denial, Anxiety, Locus of Control and the Discrepancy Between Aspirations and Achievements as Components of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 84, 1-9.

NISBETT, R.E. y BORGIDA, E. (1975). "Attribution and the Psychology of Prediction". Journal of Personality and Social Psychology, 32, 932-943.

NISBETT, R.E. y WILSON, T. D. (1977). "Telling More -- than we Can Know: Verbal Reports on Mental Processes." Psychological Review, 84, 231-259.

NUCKOLS, C.B., CASSEL, J. y KAPLAN, G.H. (1972). "Psycho-social Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy". American Journal of Epidemiology, 95, 431-444.

O'LEARY, M.R., DONOVAN, D.M., KRUEGER, K.J. y CYSEWSKI, B. (1978). "Depression and Perception of Reinforcement: Lack of Differences in Expectancy Change Among Alcoholics". Journal of Abnormal Psychology, 87, 110-112.

ORNE, M.T. (1970). "Hypnosis, Motivation and the Ecological Validity of the Psychological Experiment". In W.J. Arnold and M.M. Page (Eds), Nebraska Symposium on Motivation (vol. 18). Lincoln: University of Nebraska Press.

OVERMIER, J.B. (1968). "Interference with Avoidance Behavior: Failure to Avoid Traumatic Shock". Journal of Experimental Psychology, 78, 340-343.

OVERMIER, J.B. y SELIGMAN, M.E.P. (1967). "Effects of Inescapable Shock Upon Subsequent Escape and Avoidance Learning". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 23-33.

PARKES, M.C., BENJAMIN, B. y FITZGERALD, R.G. (1969).

"Broken Heart: A Statistical Study of Increased -
Mortality Among Widowers". British Medical Jour-
nal, 1, 740-743.

PAYNE, R.W. (1961). "Cognitive Abnormalities". In H.J.

Eysenck (Ed), Handbook of Abnormal Psychology. -
New York: Basic Books, 193-261.

PAYKEL, E.S. (1973). "Life Events and Acute Depression"

In J.P. Scott and E.C. Senay (eds.), Separation +
and Depression, Publication 94, American Associa--
tion for the Advancement of Science. Washington, -
D.C.

PAYKEL, E.S. (1974). "Recent Life Events and Clinical

Depression". In E.K.E. Gunderson and R.D. Rahe --
(eds), Life Stress and Illness. Illinois: Charles
C. Thomas.

PAYKEL, E.S., MYERS, J.K., DIENELT, M.N., KLERNAN, G.L.,

LINDENTHAL, J. J. y PEPPER, M.N. (1969). "Life -
Events and Depression: A Controlled Study". Arch-
ives of General Psychiatry, 21, 753-760.

PAYKEL, E.S. y PRUSOFF, B.A. (1973). "Response Set and

Observer Set in the Assessment of Depressed Pa- -
tients". Psychological Medicine, 3, 209-216.

PAYKEL, E.S., PRUSOFF, B.A., KLERNAN, G.L. (1971). "The

Endogenous-Neurotic Continuum in Depression, Rater

Independence and Factor Distributions". Journal - of Psychiatric Research, 8, 73-90.

PELECHANO, V. (1975). "Cuestionario MAE (Motivación y Ansiedad de Ejecución)". Fraser Española, S.A.

PERVIN, L.A. (1963). "The Need to Predict and Control Under Conditions of Threat". Journal of Personality 31, 570-585.

PETERSON, C.R. (1967). "A Primacy Effect in Subjective Probability Revision". Journal of Experimental & Psychology, 73, 61-65.

PHARES, E.J. (1957). "Expectancy Change in Chance and Skill Situations". Journal of Abnormal and Social Psychology, 54, 339-342.

PINILLOS, J.L. (1980). "Prevención de la Depresión en la Tercera Edad". Curso Monográfico "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión". Fundación Ciencias y Letras. Madrid.

PITZ, G.F., DOWNING, L. y REINHOLD, H. (1967). "Sequential Effects in the Revision of Subjective Probabilities". Canadian Journal of Psychology, 21, - 381-393.

POLAINO, A. (1979). "Apuntes de Psicopatología". Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. (Sin publicar).

- POLLITT, J. (1965). "Depression and its Treatment". -- London: Heinemann Medical Books.
- POPE, B., BLASS, T., SIEGMAN, A.W. y RAHER, J. "Anxiety and Depression in Speech". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35: 128-133.
- PRICE, K.P. y GEER, J.H. (1972). "Predictable and Unpredictable Aversive Events: Evidence for the Safety Signal Hypothesis". Psychonomic Science, 26: 215-16.
- PRICE, K.P., TRYON, W.W. y RAPS, C.S. (1978). "Learned Helplessness and Depression in a Clinical Population: A Test of two Behavioral Hypotheses". Journal of Abnormal Psychology, 87, 113-121.
- PRINDAVILLE, P. y STEIN, N. (1978). "Predictability, - Controllability and Inoculation Against Learned - Helplessness". Behaviour Research and Therapy, 16, 263-271.
- RACHMAN, S.J. y HODGSON, R.J. (1979). "Obsessions and Compulsions". Prentice Hall.
- RADLOFF, L.S. (1976). "Sex Differences in Helplessness with Implication for Depression". Unpublished Manuscript, Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health.
- RAPS, C.S., REINHARD, K.R., PETERSON, C., ABRAMSON, -

- L.Y. y SELIGMAN, M.E.P. (1980). "Attributional Style in Unipolar Depressives and Schizophrenics" (Pendiente de publicación).
- RASKIN, A., SCHULTERBRANDT, J., REATIG, N. y McKEON, J.J. (1969). "Replication of Factors of Psychopathology in Interview, Ward Behavior and Self-Report Ratings of Hospitalized Depressives". - Journal of Nervous and Mental Disease, 148, - 87-98.
- RATHUS, S.A. (1973). "A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior". Behavior Therapy, 4, --- 399-400.
- REISINGER, J.J. (1972). "The Treatment of Anxiety-depression Via Positive Reinforcement and Response Cost". Journal of Applied Behavior Analysis, 5, 125-130.
- RENSHAW, D.C. (1974). "Suicide and Depression in - Children". Journal of School and Health, 44, - 487-789.
- RESCORLA, R.A. (1967). "Pavlovian Conditioning and - its Proper Control Procedures". Psychological - Review, 74, 71-79.
- RESTLE, F.A. (1962). "The Selection of Strategies in Cue Learning". Psychological Review, 69, 320-42.

- RICHMAN, N. (1974). "The Effects of Housing on Pre-School Children and Their Mothers". Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 53-58.
- RIPPERE, V. (1977). "Comments on Seligman's Theory of Helplessness". Behavior Research and Therapy, 15, 207-209.
- RIPPERE, V. (1980). "What Makes Depressed People - Feel Worse?". Behavior, Research and Therapy, 18, 2.
- RIPPERE, V. (1980). "Predicting Consensus About Propositions Concerning Depression and Antidepressive Behaviour: Another Cognitive Dimension - of Commonsense Knowledge". Behaviour Research and Therapy, 18, 2.
- RIZLEY, R. (1978). "Depression and Distortion in the Attribution of Causality". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 32-48.
- ROBINS, E. y GUZE, S. (1970). "Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 126, 983-987.
- ROBINS, E., MUÑOZ, R.A., MARTIN, S. y GENTRY, K.A. (1972). "Primary and Secondary Affective Disorders". En J. Zubín y F.A. Freyhan (eds.), Disor

ders of Mood. Baltimore: Johns Hopkins Press.

ROBINSON, J.C. y LEWINSOHN, R.M. (1973). "Behavior Modification of Speech Characteristics in a Chronically Depressed Man". Behavior Therapy, 4, 150-52.

RODIN, J. (1974). "Growing, Perceived Choice and Response to Controllable and Uncontrollable Outcomes". Journal of Experimental Social Psychology.

ROGERS, C.R. (1951). "Client-centered Therapy". Boston: Houghton Mifflin.

ROSELLINI, R.A. y SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Frustration and Learned Helplessness". Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, vol. 104, nº2, 149-157.

ROSENBAUM, M. y SHICHMAN, S. (1979). "Learned Helplessness and Depression Among Israeli Women". Journal of Clinical Psychology, 35, 2.

ROSENBERG, M. (1965). "Society and the Adolescent Self Image". Princeton University Press.

ROSENZWEIG, S. (1959). "The Effects of Failure and Success on Evaluation of Self and Others". Doctoral Dissertation, Indiana University.

ROSS, L., LEPPER, M.R. y HUBBARA, M. (1975). "Perseve-

rance in Self-Perception and Social Perception: -
 Biased Attributional Processes in the Debriefing
 Paradigm". Journal of Personality and Social Psychology, 32, 880.

ROTH, S. y BOOTZIN, R.R. (1974). "Effects of Experimentally Induced Expectancies of External Control: -
 An Investigation of Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 29, -
 253-264.

ROTH, M., GURNEY, C., GARSIDE, R.F. y KERR, T.A. (1972)
 "Studies in the Classification of an Affective Disorder. The Relationship of Anxiety and Depressive
 Illnesses". British Journal of Psychiatry, 121, -
 147-161.

ROTH, S. y KUBAL, L. (1975). "Effects of Noncontingent Reinforcement on Tasks of Differing Importance: -
 Facilitation and Learned Helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, 32, 680-91.

ROTTER, J.D. (1966). "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement.
Psychological Monographs, 80 (1. Whole nº669)

ROTTER, J.B., LIVERANT, S. y CROWNE, D.P. (1961). "The Growth and Extinction of Expectancies in Chance -
 Controlled and Skilled Tasks". Journal of Psychology, 52, 161-177.

- RUSH, A.J., BECK, A.T., KOVACKS, M. y HOLLON, S. (1977). "Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and - Imipramine in the Treatment of Depressed Outpa- - tients". Cognitive Therapy and Research, 1, 17-37.
- RUSH, A.J., KHATAMI, M. y BECK, A.T. (1975). "Cogniti- ve and Behavior Therapy in Chronic Depression". - Behavior Therapy, 6, 398-404.
- RUTTER, M. y QUINTON, D. (1977). "Psychiatric Disorder- Ecological Factors and Concepts of Causation". In H. McGurk (ed), Ecological Factors in Human Deve- lopment. Amsterdam: North Holland.
- RUTTER, M., YULE, B., QUINTON, D., ROWLANDS, O., YULE, W. y BERGER, M. (1975). "Attainment and Adjustment in two Geographical Areas: III. Some Factors - Accounting for Area Differences". British Journal - of Psychiatry, 126, 520-33.
- SACCO, W.P. y HOKANSON, J.E. (1978). "Expectations of Success and Anagram Performance of Depressives in a Public and Private Setting". Journal of Abnor- - mal Psychology, 87, 122-130.
- SARASON; I.G. y SARASON, B. (1979). "Abnormal Psycholo gy: The Problems of Maladaptive Behavior". Prenti- ce Hall.
- SCHLESS, A.P., MENDELS, J., KIPPERMAN, A. y COCHRANE, C. (1974). "Depression and Hostility". Journal of

Nervous and Mental Disease, 159, 91-100.

SCHMALE, A. y IKER, H. (1966). "The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer". Annals of the - New York Academy of Sciences, 125, 807-813.

SCHULZ, R. y ADERMAN, D. (1973). "Effect of Residential Change on the Temporal Distance to Death of Terminal Cancer Patients". Omega: Journal of Death and Dying, 2, 157-162.

SCOTT, J.P. (1967). "The Development of Social Motivation". In D. Levine, ed., Nebraska Symposium on - Motivation. University of Nebraska Press.

SCOTT, J.P. y SENAY, E.C. (1973). "Separation and Depression: Clinical and Research Aspects". Washington: - American Association for the Advancement of Science

SCHULZ, R. y ADERMAN, D. (1974). "Effect of Residential Change on the Temporal Distance to Death of Terminal Cancer Patients". Omega: Journal of Death and Dying, 2, 157-162.

SELIGMAN, M.E.P. (1968). "Chronic Fear Produced by Unpredictable Shock". Journal of Comparative and - Physiological Psychology, 66, 402-411.

SELIGMAN, M.E.P. (1972). "Learned Helplessness". Annual Review of Medicine, 23, 407-412.

SELIGMAN, M.E.P. (1973). "Fall into Helplessness". Psychology Today, 43-48.

SELIGMAN, M.E.P. (1974). "Depression and Learned Helplessness". En R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.). - The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston-Wiley.

SELIGMAN, M.E.P. (1975). "Helplessness: On Depression, Development, and Death" San Francisco: Freeman.

SELIGMAN, M.E.P. (1978). "Comment and Integration". - Journal of Abnormal Psychology, vol. 87, nº1, - 165-179.

SELIGMAN, M.E.P. y BEAGLEY, G. (1975). "Learned Helplessness in the Rat". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 88, 534-541.

SELIGMAN, M.E.P. y GROVES, D. (1970). "Non-Transient - Learned Helplessness". Psychonomic Science, 19, - 191-192.

SELIGMAN, M.E.P., KLEIN, D.C. y MILLER, W.R. (1976). - "Depression". En H. Leitenberg (ed.) Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. Englewood Cliffs. N.J. Prentice-Hall.

SELIGMAN, M.E.P. y MAIER, S.F. (1967). "Failure to Escape Traumatic Shock". Journal of Experimental Psy

chology, 74, 1-9.

SELIGMAN, M.E.P. y MEYER, B. (1970). "Chronic Fear and Ulcers as a Function of the Unpredictability of - Safety". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 73, 202-207.

SELIGMAN, M.E.P., MAIER, S.F. y GEER, J. (1968). "The Alleviation of Learned Helplessness in the Dog". Journal of Abnormal and Social Psychology, 73, - 256-262.

SELIGMAN, M.E.P., MAIER, S.F. y SOLOMON, R.L. (1971). "Unpredictable and Uncontrollable Aversive Events" En F.R. Brush (ed). Aversive Conditioning and -- Learning, N.Y. Academic Press.

SELIGMAN, M.E.P., ROSELLINI, R.A. (1967). "Learned helplessness in the Rat Reversibility, Time Course - and Immunization". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 338-341.

SELIGMAN, M.E.P. y WEISS, J.M. (1980). "Coping Behavior: Learned Helplessness, Physiological Change and - Learned Inactivity". Behavior Research and Therapy, vol. 18, nº5, 459-512.

SETHI, B.B. (1964). "Relationship of Separation to Depression". Archives of General Psychiatry, 10, - 486-495.

- SHAPIRO, M.B. y NELSON, E.H. (1955). "An Investigation of the Nature of Cognitive Impairment in Co-Operative Psychiatric Patients". British Journal of Medical Psychology, 28, 239-256.
- SHAW, B.F. (1977). "Comparison of Cognitive Therapy - and Behavior Therapy in the Treatment of Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 543-551.
- SHERROD, D.R. y DOWNS, R. (1974). "Environmental Determinants of Altruism: The Effects of Stimulus Overload and Perceived Control on Helping". Journal of Experimental Social Psychology, 10, 468-479.
- SHIPLEY, C.R. y FAZIO, A.F. (1973). "Pilot Study of a Treatment for Psychological Depression". Journal of Abnormal Psychology, 82, 372-376.
- SIDOWSKY, J.B. (1971). "Psychopathological Consequences of Induced Social Helplessness During Infancy". - In H.D. Himmel (Ed), Experimental Psychopathology: Recent Research and Theory, New York: Academic Press, 231-248.
- SIMON, H.A. y LEA, G. (1974). "Problem Solving and Rule Induction: A Unified View". En L.W. Fregg (ed) Knowledge and Cognition, N.Y. Wiley.
- SIMS, G.K. y LAZARUS, A.A. (1973). "The Use of Random

Auditory Stimulation in the Treatment of a Manic-Depressive Patient". Behavior Therapy, 4, 128-133.

SMEDSLUND, J. (1967). "The Concept of Correlation in - Adults". En C=P. Duncan (Ed). Thinking: Current - Experimental Studies. N.Y. Lippincott.

SMOLEN, R.C. (1978). "Expectancies, Mood, and Performance of Depressed and Nondepressed Psychiatric Inpatients on Chance and Skill Tasks". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 91-101.

SOLOMON, R.L. y CORBIT, J.D. (1974). "An Opponent-Process Theory of Motivation: I. Temporal Dynamics - of Affect". Psychological Review, 81, 119-145.

SPICER, C.C., HARE, E.H. y SLATER, E. (1973). "Neurotic and Psychotic Forms of Depressive Illness". Evidence from Age-Incidence in a National Sample". British Journal of Psychiatry, 123; 535-541.

SPITZ, R.A. (1946). "Analytic Depression". In A. Freud (ED.). The Psychoanalytic Study of the Child, 2, 313-342. International Universities Press.

STAUB, E., TURSKY, B. y SCHWARTZ, G.E. (1971). "Self-Control and Predictability: Their Effects on Reactions to Aversive Stimulation". Journal of Personality and Social Psychology, 8, 157-162.

- STEINER, S.S., BEER, D. y SHAFFER, M.M. (1969). "Escape from Self Produced Rates to Brain Stimulation". Science, 163, 90-91.
- STOTLAND, E. y BLUMENTHAL, A. (1964). "The Reduction of Anxiety as a Result of the Expectation of Making a Choice". Canadian Journal of Psychiatry, 18, 139-145.
- TAULBEE, E.S. y WRIGHT, H.W. (1971). "A Psycho-Social-Behavioral Model for Therapeutic Intervention". - En C.D. Spielberger, (ed) Current Topics in Clinical and Community Psychiatry, XII. Academic Press.
- TEASDALE, J.D. (1978). "Effects of Real and Recalled Success on Learned Helplessness and Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87, 155-164.
- TENNEN, H. y ELLER, S.J. (1977). "Attributional Components of Learned Helplessness and Facilitation". Journal of Personality and Social Psychology, 35, 265-271.
- THARP, R.G, WATSON, D. y KAYA, J. (1974). "Self-Modification of Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 624.
- THIBAUT, J.W. y KELLEY, H.H. (1959). The Social Psychology of Groups. New York. John Wiley and Sons.
- THOMAS, D.R., FREEMAN, F., SVINICKI, J.G., BURR, D.E. y

- LYONS, J. (1970). "Effects of Extradimensional - Training on Stimulus Generalization". Journal of Experimental Psychology, 83, 1-22.
- THORNTON, J.W. y JACOBS, P.D. (1971). "Learned Help- - lessness in Human Subjects". Journal of Experimen tal Psychology, 87, 369-372.
- THORNTON, J.W. y JACOBS, P.D. (1972). "The Facilitating Effects of Prior Inescapable/Unavoidable Stress - on Intellectual Performance". Psychonomic Science, 26, 185-187.
- THORNTON, J.W. y POWELL, G.B. (1974). "Immunization - and Alleviation of Learned Helplessness in Man". Amer. Journal of Psychology, 87, 351-367.
- TIGGEMANN, M. y WINEFIELD, A.H. (1978). "Situation Si- milarity and the Generalization of Learned Help- - lessness". Quarterly Journal of Experimental Psy- chology, 30, 725-735.
- TODD, F.J. (1972). "Coverant Control of Self-Evaluati- ve Responses in the Treatment of Depression: A - New Use for an Old Principle". Behavior Therapy, 3, 91-94.
- TOLMAN, E.C. y GLEITMAN, H. (1949). "Studies in Lear- - ning and Motivation: I. Equal Reinforcements in - Both End-Boxes, Followes by Shock in One End-Box"

Journal of Experimental Psychology, 39, 810-19.

TUERSKY, A. y KAHNEMAN, D. (1974). "Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases". Science, 185, 1124-1131.

TWIFORD, R. (1979). "A Child with a Problem: A Guide to the Psychological Disorders of Children". Prentice-Hall.

ULLMAN, I. y KRASNER, L. (1975). "A Psychological Approach to Abnormal Behavior". Prentice Hall.

VELTEN, E. JR. (1968). "A Laboratory Task for Induction of Mood States". Behavior Research and Therapy, 6, 473-782.

WALTON, D., WHITE, J.G., BLACK, D.A. y YOUNG, A.J. - - (1959). "The Modified Word-Learning Test: A Cross-Validation Study". British Journal of Medical Psychology, 32, 213-220.

WANDERER, Z.W. (1972). "Existential Depression Treated by Desensitization of Phobias: Strategy and Transcript". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 111-116.

WAPNER, S., WERNER, H. y KRAUS, D.M. (1957). "The Effect of Success and Failure on Space Localization". - Journal of Personality, 25, 752-756.

- WARHEIT, G., HOLZER, C.III, y SCHWAB, J. (1973). "An - Analysis of Social Class and Racial Differences - in Depressive Symptom-Actiology: A Community Study". Journal of Health and Social Behavior, 4, - 921-999.
- WASON, P.C. (1968). "On The Failure to Eliminate Hypotheses...". A Second Look. En P.C. Wason y P. - Johnson-Laird (eds.). Thinking and Reasoning. Baltimore Md. Penguin.
- WATSON, John S. (1977). "Depression and the Perception of Control in Early Childhood". Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Edited by J.G. Schulterbrandt and A. Raskin. Raven Press. New York. 123-133.
- WATTS, C.A.H. (1966). "Depressive Disorders in the Community". Bristol: John Wright and Sons.
- WAXER, P. (1974). "Nonverbal Cues for Depression". Journal of Abnormal Psychology, 83, 319-322.
- WECKOWICZ, T.E., MUIR, W. y CROPLEY, A.J. (1967). "A Fractor Analysis of the Beck Inventory of Depression". Journal of Consulting Psychology, 31, 23-28.
- WEINER, B. (1972). "Theories of Motivation: From Mechanism to Cognition". Chicago: Rand McNally.

WINER, B. (Ed.) (1974). "Achievement Motivation and -- Attribution Theory". Morristown, N.J. General Learning Press.

WEINER, B., FRIEZE, I., KUKLA, A., REED, L., REST, S. y ROSENBAUM, R.M. (1971). "Perceiving the Causes of Success and Failure". Morristown, N.J.: General Learning Press.

WEINER, B., HECKHAUSEN, H., MEYER, W.V. y COOK, R.E. - (1972). "Causal Ascriptions and Achievement Behavior: A Conceptual Analysis of Effort and Reanalysis of Locus of Control". Journal of Personal and Social Psychology, 21, 239-248.

WEIS, J.M., STONE, E.A. y HARRELL, N. (1970). "Coping Behavior and Brain Norepinephrine Level in Rats". Journal of Comparative and Physiological Psychology, 72, 153-160.

WEISSMAN, M.M. y PAYKEL, E.S. (1974). "The Depressed - Women: A Study of Social Relationship". Chicago: University of Chicago Press.

WEISSMAN, M.M., PRUSOFF, B. y PINCUS, C. (1975). - Symptom Patterns in Depressed Patients and Depressed Normals". Journal of Nervous and Mental Disease, 160, 15-23.

WELLS, G.L. y HARVEY, J.H. (1977). "Do People Use Con-

- sensus Information in Making Casual Attributions?" Journal of Personal and Social Psychology, 35, - 279-293.
- WENER, A.E. y REHM, L.P. (1975). "Depressive Affect: A Test of Behavioral Hypotheses". Journal of Abnormal Psychology, 84, 221-227.
- WICKELGREN, W.A. (1979). "Cognitive Psychology". Prentice Hall.
- WILCOXON, L.A., SCHRADER, S.L. y NELSON, R. E. (1976). "Behavioral Formulations of Depression". En W.E. Craighead, A.E. Keyden y M.J. Mohoney (eds.) Behavior Modification: Principles, Issues and Applications. Boston: Hughton y Mifflin.
- WILLIS, M.H. y BLANEY, P.H. (1978). "Three Tests of the Learned Helplessness Model of Depression". Journal of Abnormal Psychology, 87, 1, 131-136.
- WILSON y O'LEARY. (1980). "Principles of Behavior Theory". Prentice Hall.
- WINEFIELD, A.H. y TIGGEMANN, M. (1978). "The Effects - on Uncontrollable and Unpredictable Events on Anagram Solving". Quarterly Journal of Experimental Social Psychology, 30, 711-718.
- WINOKUR, G. (1972). "Types of Depressive Illness". British Journal of Psychiatry, 120, 265-266.

- WINOKUR, G., CLAYTON, P.J. y REICH, T. (1969). "Manic Depressive Disease". St. Louis, Mo: Mosby.
- WOLLERT, R.W. (1977). "The Expectancy Confidence Hypothesis". Unpublished Doctoral Dissertation. Indiana University.
- WOLPE, J. (1971). "Neurotic Depression: Experimental - Analog, Clinical Syndromes and Treatment". American Journal of Psychotherapy, 25, 362-368.
- WOLPE, J. (1973). "Práctica de la Terapia de la Conducta". Ed. Trillas. México, 1977. Traducción de la versión original "The Practice of Behavior Therapy".
- WOODRUFF, R.A., GOODWIN, D.W. y GUZE, S.B. (1974). "Psychiatric Diagnosis". New York. Oxford University Press.
- WOODRUFF, R.A., GUZE, S. y CLAYTON, P. (1971). "Unipolar and Bipolar Affective Disorder". British Journal of Psychiatry, 119, 33-38.
- WORTMAN, C.B. y BREHM, J.W. (1975). "Responses to Uncontrollable Outcomes: A Integration of Reactance Theory and the Learned Helplessness Model". In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology (vol. 8). New York: Academic Press.

WORTMAN, C.B. y DINTZER, L. (1978). "Is an Attributional Analysis of the Learned Helplessness Phenomenon Viable?: A Critique of the Abramson, Seligman and Teasdale Reformulation". Jour. of Abnormal Psychology, 87, 1, 75-90.

WORTMAN, C.B., PANCIERA, L., SHUSTERMAN, L. y HIBSCHER, J. (1976). "Attributions of Causality and Reactions to Uncontrollable Outcomes". Journal of Experimental Social Psychology, 12, 301-316.

YATES, A.J. (1977). "Terapia del Comportamiento". Ed. Trillas.

ZUNG, W.W.K. (1965). "A Self-Rating Depression Scale". Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

ZUNG, W. K. (1972). "How Normal is Depression?". Psychosomatics, 8, 174-178.

